Socorro, 03 DE AGOSTO 2026

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

REFERENCIA: CONTRATACION PIC PSICOLOGA

La suscrita: CAROLINA AYALA MIRANDA, hago la siguiente propuesta para participar en las actividades a desarrollar dentro del proceso contractual de la referencia con el compromiso de firmar el contrato correspondiente al **PIC PSUICOLOGA.**

Declaro así mismo:

1. Que esta propuesta y el contrato que llegare a celebrarse sólo compromete al firmante de esta carta.

2. Que ninguna entidad o persona distinta al firmante tiene interés comercial en esta propuesta ni en el contrato probable que de ella se derive.

3. Que conozco la información general de las actividades y condiciones a desarrollar dentro del objeto del contrato y acepto cumplir todos los requisitos en ellos exigidos. Por lo tanto, me comprometo a cumplir con las condiciones y características señaladas.

4. Que presentare los documentos requeridos para la suscripción del contrato y realizaremos los trámites para la legalización y ejecución del mismo, dentro de los plazos establecidos para el efecto. Igualmente, me comprometo a ejecutar el objeto contractual de acuerdo con los documentos que hacen parte del proceso, así como los del contrato.

5. Que conozco y acepto en un todo las leyes generales y especiales aplicables a este proceso contractual. Que estoy debidamente facultado para firmar, presentar la propuesta y suscribir el contrato que llegare a celebrarse; no me hallo incursos en cualquiera de las causales de inhabilidad o incompatibilidad establecidas en la Ley y demás normas sobre la materia y que tampoco me encuentro en alguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar.

6. Que la información contenida en la propuesta y los documentos que forman parte de la misma son verídicos y que asumo total responsabilidad frente a la Entidad cuando los datos suministrados sean falsos o contrarios a la realidad, sin perjuicio de lo dispuesto en el Código Penal y demás normas concordantes y que nos comprometemos a que toda la información y los documentos aportados a partir de la firma del acta de inicio y hasta el acta de liquidación del contrato, serán veraces y asumimos total responsabilidad frente a la Entidad cuando los datos suministrados sean falsos o contrarios a la realidad, sin perjuicio de lo dispuesto en el precitado código y demás normas concordantes.

7. Que, si se me adjudica el contrato, me comprometo a constituir las garantías requeridas y a suscribir éstas y aquél dentro de los términos señalados para ello.

8. Aporto los siguientes documentos:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **37.898.740**

AYALA MIRANDA

APELLIDOS

CAROLINA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **31-JUL-1980**

SAN GIL
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

21-AGO-1998 SAN GIL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-2719900-01014653-F-0037898740-20180612 0061542301A 1 49497377

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
AYALA	MIRANDA	CAROLINA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 37898740	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 31 MES 07 AÑO 1980

PAÍS COLOMBIA

DEPTO SANTANDER

MUNICIPIO SAN GIL

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 7 15 48 apartamento 201

PAÍS COLOMBIA DEPTO SANTANDER

MUNICIPIO SOCORRO

TELÉFONO 3232894 EMAIL carolinayalamiranda@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	09	AÑO	1999
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	10	X		PSICOLOGIA	12	2021	250142

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

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

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

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 REGIONAL MANUELA BELTRAN III NIVEL - SOCORRO SANTANDER			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* SOCORRO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3243667134	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	06	*Año*	2025	*Día*	26	*Mes*	12	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1117/2010 PSICOLOGA	*DEPENDENCIA* PSICOLOGA						*DIRECCIÓN* CARRERA 16 9 53					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN III NIVEL - SOCORRO SANTANDER			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* SOCORRO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3243667134	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	25	*Mes*	08	*Año*	2025	*Día*	24	*Mes*	12	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1117/2010 PSICOLOGA	*DEPENDENCIA* PSICOLOGA						*DIRECCIÓN* CARRERA 16 9 53					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN III NIVEL - SOCORRO SANTANDER			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* SOCORRO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3243667134	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Dia	15	*Mes*	05	*Año*	2025	*Dia*	14	*Mes*	08	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1117/2010 PSICOLOGA	*DEPENDENCIA* PSICOLOGA					*DIRECCIÓN* CARRERA 16 9 53						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN III NIVEL - SOCORRO SANTANDER			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* SOCORRO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Dia	16	*Mes*	10	*Año*	2024	*Dia*	16	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1117/2010 PSICOLOGA	*DEPENDENCIA* PROFESIONAL UNIVERSITARIA PSICOLOGA					*DIRECCIÓN* CARRERA 16 9 53						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN III NIVEL - SOCORRO SANTANDER			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* SOCORRO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3243667134	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Dia	10	*Mes*	09	*Año*	2024	*Dia*	09	*Mes*	11	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1117/2010 PSICOLOGA	*DEPENDENCIA* PSICOLOGA					*DIRECCIÓN* CARRERA 16 9 53						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ASOCIACION CENTRO VIDA PARA EL ADULTO MAYOR HACENVIDA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* SOCORRO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Dia	26	*Mes*	06	*Año*	2023	*Dia*	26	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL PSICOLOGA OPS	*DEPENDENCIA* AREA DE LA PSICOLOGIA					*DIRECCIÓN* CALLE 12 13 48						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE PALMAR - SANTANDER			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* SOCORRO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Dia	24	*Mes*	11	*Año*	2023	*Dia*	23	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL PSICOLOGA OPS	*DEPENDENCIA* AREA PSICOLOGIA					*DIRECCIÓN* CALLE 5 3 21						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL ANDRES CALA PIMENTEL			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* PALMAR					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	11	*Año*	2023	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL PSICOLOGA OPS	*DEPENDENCIA* AREA PSICOLOGIA						*DIRECCIÓN* CALLE 5 3 7					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE SANTANDER			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* SOCORRO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	24	*Mes*	07	*Año*	2023	*Día*	23	*Mes*	10	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL PSICOLOGA OPS	*DEPENDENCIA* AREA DE PSICOLOGIA						*DIRECCIÓN* CALLE 12 12 36					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL ANDRES CALA PIMENTEL			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* PALMAR					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	31	*Mes*	08	*Año*	2023	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL PSICOLOGA OPS	*DEPENDENCIA* AREA PSICOLOGIA						*DIRECCIÓN* CALLE 5 3 7					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE SANTANDER			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* SOCORRO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	14	*Mes*	02	*Año*	2023	*Día*	13	*Mes*	06	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL PSICOLOGA OPS	*DEPENDENCIA* AREA ADMIISTRATIVA						*DIRECCIÓN* CALLE 16 12 36					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE SANTANDER			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* SOCORRO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7238925	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	14	*Mes*	02	*Año*	2023	*Día*	13	*Mes*	06	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL	*DEPENDENCIA* ADMINISTARTIVO						*DIRECCIÓN* CALLE 16 12 36					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL ANDRES CALA PIMENTEL			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* PALMAR					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	05	*Año*	2023	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL PSICOLOGA OPS	*DEPENDENCIA* AREA PSICOLOGIA					*DIRECCIÓN* CALLE 5 3 7 CALL5 3-07						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD COLEGIO PENTAGRAMA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* PIEDECUESTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	08	*Mes*	04	*Año*	2022	*Día*	07	*Mes*	04	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO VOLUNTARIO	*DEPENDENCIA* AREA PSICOLOGIA					*DIRECCIÓN* AUTOPISTA 2 SUR 5 5 NORTE						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE SANTANDER			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* SOCORRO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	31	*Mes*	08	*Año*	2022	*Día*	15	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA DE LA	*DEPENDENCIA* ADIMINISTRATIVA					*DIRECCIÓN* CALLE 16 12 36						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE BIENEESTAR DEL ANCIANO			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* SAN GIL					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	08	*Año*	2021	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO PSICOLOGIA	*DEPENDENCIA* AREA PSICOLOGIA					*DIRECCIÓN* CALLE 11 4 29						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ASOCIACION DE PROFESIONALES Y ESPECIALISTAS DE LA SALUD ASP MEDICA AT			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	06	*Año*	2016	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL GESTOR ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA |					*DIRECCIÓN* CALLE 62 17A 76						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO DE SERVICIOS GENERALES Y MANTENIMIENTO SERVIMOS CTA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA				
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
TELÉFONOS 6959990	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	10	*Mes*	03	*Año*	2014	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL REQUIERE CORRECION	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO						*DIRECCIÓN* CALLE 62 17A 76					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE SANTANDER			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA				
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* SOCORRO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
TELÉFONOS 7276109	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	02	*Mes*	08	*Año*	2012	*Día*	01	*Mes*	11	*Año*	2012
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTARTIVO						*DIRECCIÓN* CALLE 16 12 36					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE SANTANDER			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA				
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* SOCORRO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
TELÉFONOS 7276109	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	01	*Mes*	02	*Año*	2012	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2012
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO						*DIRECCIÓN* CALLE 16 12 36					

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	1	8
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	7	11
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Socorro, 03 de Agosto de 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

POLI
POLITÉCNICO GRANCOLOMBIANO
INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA

Personería Jurídica: Resolución 19349 del 4 de Noviembre de 1980.
Ministerio de Educación Nacional, Reforma Estatutaria 8963 del 11 de Septiembre de 1991

En atención a que:

Carolina Ayala Miranda

CC No. 37898740 Expedida en San Gil

Ha cursado todos los estudios y cumplido los requisitos establecidos por la Institución y las disposiciones legales, le otorga el título de

Psicóloga

y le expide el presente diploma que acredita su idoneidad, en testimonio de lo cual se firma.

Bogotá D.C.,abril 06 de 2022

EL DECANO

EL RECTOR

EL SECRETARIO GENERAL

Diploma 107695 registrado en Libro 13 , Folio144, Reg. Interno 116593

Este Diploma se registró en la Institución con base en las disposiciones legales, especialmente el Decreto No. 2150 del 5 de diciembre de 1995

Registrado en el Libro de actas 18, Folio49

POLI
POLITÉCNICO GRANCOLOMBIANO
INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA

Personería Jurídica: Resolución 19448 del 4 de Noviembre de 1980.
Ministerio de Educación Nacional, Reforma Estatutaria 8961 del 11 de Septiembre de 2003

ACTA DE GRADO Núm. 528

En la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, el día 06 de abril del 2022, bajo la presidencia del Doctor, JUAN FERNANDO MONTAÑEZ MARCIALES, Rector del Politécnico Grancolombiano, se llevó a cabo la ceremonia de entrega del diploma en que consta el título académico de Psicóloga, programa que fue aprobado por medio de la Resolución número 10070 del 10 de noviembre de 2011 del Ministerio de Educación Nacional, a AYALA MIRANDA CAROLINA, identificado(a) con la CC No. 37898740 de San Gil, quien cumplió con todos los requisitos académicos exigidos para obtener dicho reconocimiento.

El título académico fue registrado en el Folio 49 del libro Número 18 de actas de grado, y le correspondió el diploma Número 107695.

En fe de lo anterior se firma la presente acta de grado,

EL RECTOR
JUAN FERNANDO MONTAÑEZ MARCIALES

SECRETARIO GENERAL
JAIME SARMIENTO MARTINEZ

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

Carolina Ayala Miranda

C.C 37.898.740

Participó y completó el curso virtual

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 01 de agosto 2026

Francisco Camargo Salas
Director de Empleo Público

Código: 761556733000

Función Pública | mipg modelo integrado de planeación y gestión

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

Carolina Ayala Miranda

C.C 37.898.740

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., 01 de agosto 2026

Luz Daifenis Arango Rivera

Directora de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 76920876000

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".

Documento firmado en UNODC el dia : 06-05-2026 17:53:53

Documento firmado en UNODC el dia : 06-05-2026 17:53:53

Justicia

Naciones Unidas
Oficina contra
la Droga y el Delito

El Ministerio de Justicia y del Derecho y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) para la Región Andina y el Cono Sur

certifican que:

Carolina Ayala Miranda

C.C. 37.898.740

culminó satisfactoriamente el curso virtual **Dispositivos de base comunitaria: un desafío para la inclusión social**, realizado entre febrero y marzo de 2026, con una intensidad de 24 horas.

Se expide en Bogotá, Colombia.
Mayo de 2026.

06-05-2026 17:53:53 (GMT-5)
Amado Philip DE ANDRES Y BERNARDOS

Darío Sendoya Zuluaga
Director de Política de Drogas y Actividades Relacionadas
Ministerio de Justicia y del Derecho

Amado Philip de Andrés
Representante Regional
UNODC para la Región Andina y el Cono Sur

Verifique este documento (ID: 10754) en nuestro sitio web https://validadordocumentos.rocol.org con el codigo : 7vWrGtd4hya5

Revisado: Camilo Andres ROMERO CRIOLLO 04-05-2026 03:40:33 Sebastian GOMEZ LIEVANO 06-05-2026 17:52:18

CIL LATAM
ENTRETENIMIENTO & EDUCACIÓN

LA CORPORACIÓN INTERNACIONAL LÍDERES LATINOAMÉRICA

NIT 830.086.471-6

Hace constar que:

CAROLINA AYALA MIRANDA

Identificado(a) con C.C. 37898740

Cursó y aprobó los estudios correspondiente al:

CURSO

FORMACION EN HUMANIZACION Y CALIDAD

EN LA ATENCION EN SERVICIOS DE SALUD

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Con una intensidad horaria de cincuenta (50) horas

Fecha de inicio: 04/8/2024 **Fecha de terminación:** 14/8/2024

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (14) días del mes de agosto del año 2024

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional

Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección

VALIDAR CERTIFICADO

BEATRIZ EUGENIA RAMOS SUAZA
Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Critico
Rehabilitación Cardiopulmonar y
Certificación AHA como proveedor en salud

LUIS CARLOS PRADA PRADA
Director
Corporación Internacional Líderes Latinoamérica

La validez del diploma también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo academico@cillatinoamerica.com.co

CIL LATAM
ENTRETENIMIENTO & EDUCACIÓN

LA CORPORACIÓN INTERNACIONAL LÍDERES LATINOAMÉRICA

NIT 830.086.471-6

Hace constar que:

CAROLINA AYALA MIRANDA

Identificado(a) con C.C. 37898740

Cursó y aprobó los estudios correspondiente al:

CURSO

FORMACION EN ATENCION INTEGRAL EN SALUD PARA VICTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO CON ENFOQUE PAPSIVI

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Con una intensidad horaria de cincuenta (50) horas

Fecha de inicio: 25/8/2024 **Fecha de terminación:** 04/9/2024

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (04) días del mes de septiembre del año 2024

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional

Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección

VALIDAR CERTIFICADO

BEATRIZ EUGENIA RAMOS SUAZA
Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Critico
Rehabilitación Cardiopulmonar y
Certificación AHA como proveedor en salud

LUIS CARLOS PRADA PRADA
Director
Corporación Internacional Líderes Latinoamérica

La validez del diploma también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo academico@cillatinoamerica.com.co

REPÚBLICA DE COLOMBIA

POLITÉCNICO DE COLOMBIA

educación sin límites

Licencia de funcionamiento otorgada mediante resolución N°09734 de 2013 de la Secretaría de Educación de Medellín, Reg. Mercantil 53494202, NIT: 900547030-4

HACE CONSTAR QUE:

CAROLINA AYALA MIRANDA

Con Documento de Identidad No 37898740

CURSÓ Y APROBÓ EL

DIPLOMADO EN ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD DE LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

MEDELLIN - 25 DE DICIEMBRE DE 2021

Con una intensidad horaria de ciento veinte (120) horas

Registrado en el Libro de Actas No 0020211225

POLITÉCNICO DE COLOMBIA

educación sin límites

FIRMA Y CÓDIGO DE SEGURIDAD 211225A-293178

www.politecnicodecolombia.edu.co

La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante la solicitud al correo asistentevirtual@politecnicodecolombia.edu.co, indicando el N° del libro de actas con el cual se registra el mismo

Corporación Internacional
Líderes Latinoamerica
NIT: 830.086.471-6

25 Años

Hace constar que:

CAROLINA AYALA MIRANDA

C.C. - No. 37898740

Cursó y aprobó los estudios correspondientes al:

CURSO
FORMACION EN ESTRATEGIAS INSTITUCIONES AMIGAS
DE LA MUJER Y LA INFANCIA (IAMI)

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Siendo una formación propia, con una intensidad de cincuenta (50) horas.

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (25) días del mes de abril del año 2025

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional de Colombia
Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección de Colombia

VALIDAR CERTIFICADO

Beatriz Eugenia Ramos Suaza
Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Critico
Rehabilitación Cardiopulmonar y
Certificación AHA como proveedor en salud

Luis Carlos Prada Prada
Director
Corporación Internacional Líderes

La validez del documento también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo academico@cillatinoamerica.com.co

CIL LATAM
ENTRETENIMIENTO & EDUCACIÓN

LA CORPORACIÓN INTERNACIONAL LÍDERES LATINOAMÉRICA

NIT 830.086.471-6

Hace constar que:

CAROLINA AYALA MIRANDA

Identificado(a) con C.C. 37898740

Cursó y aprobó los estudios correspondiente al:

CURSO

FORMACION EN RUTAS INTEGRALES DE ATENCION EN SALUD-RIAS

SEGUN LINEAMIENTOS RESOLUCION 3280 DE 2018

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Con una intensidad horaria de cincuenta (50) horas

Fecha de inicio: 25/8/2024 **Fecha de terminación:** 04/9/2024

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (04) días del mes de septiembre del año 2024

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional

Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección

VALIDAR CERTIFICADO

BEATRIZ EUGENIA RAMOS SUAZA
Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Critico
Rehabilitación Cardiopulmonar y
Certificación AHA como proveedor en salud

LUIS CARLOS PRADA PRADA
Director
Corporación Internacional Líderes Latinoamérica

La validez del diploma también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo academico@cillatinoamerica.com.co

CIL LATAM
ENTRETENIMIENTO & EDUCACIÓN

LA CORPORACIÓN INTERNACIONAL LÍDERES LATINOAMÉRICA

NIT 830.086.471-6

Hace constar que:

CAROLINA AYALA MIRANDA

Identificado(a) con C.C. 37898740

Cursó y aprobó los estudios correspondiente al:

CURSO

FORMACION EN ATENCION INTEGRAL EN SALUD PARA MANEJO Y GESTION DEL DUELO

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Con una intensidad horaria de cincuenta (50) horas

Fecha de inicio: 04/8/2024 **Fecha de terminación:** 14/8/2024

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (14) días del mes de agosto del año 2024

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección

VALIDAR CERTIFICADO

BEATRIZ EUGENIA RAMOS SUAZA
Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Critico
Rehabilitación Cardiopulmonar y
Certificación AHA como proveedor en salud

LUIS CARLOS PRADA PRADA
Director
Corporación Internacional Líderes Latinoamérica

La validez del diploma también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo academico@cillatinoamerica.com.co

POLI
POLITÉCNICO GRANCOLOMBIANO
INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA

Certifica que:

CAROLINA AYALA MIRANDA

C.C. 37.898.740

Cursó y aprobó el:

DIPLOMADO EN PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS

Con una duración total de 120 horas

CARLOS AUGUSTO GARCÍA LÓPEZ
Decano Facultad de Sociedad Cultura y Creatividad

Bogotá, agosto de 2021

Corporación Internacional
Líderes Latinoamerica
NIT: 830.086.471-6

Hace constar que:

CAROLINA AYALA MIRANDA

C.C. - No. 37898740

Cursó y aprobó los estudios correspondientes al:

CURSO
FORMACION EN EDUCACION EN SALUD
PARA POBLACION LGTBIQ+

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Siendo una formación propia, con una intensidad de Cincuenta (50) Horas.

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (03) días del mes de agosto del año 2026

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional de Colombia
Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección de Colombia

Beatriz Eugenia Ramos Suaza
Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Critico
Rehabilitación Cardiopulmonar y
Certificación AHA como proveedor en salud

Luis Carlos Prada Prada
Director
Corporación Internacional Líderes

VALIDAR CERTIFICADO

La validez del documento también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo academico@cillatinoamerica.com.co

CIL LATAM
ENTRETENIMIENTO & EDUCACIÓN

LA CORPORACIÓN INTERNACIONAL LÍDERES LATINOAMÉRICA

NIT 830.086.471-6

Hace constar que:

CAROLINA AYALA MIRANDA

Identificado(a) con C.C. 37898740

Cursó y aprobó los estudios correspondiente al:

CURSO

FORMACION EN ATENCION CENTRADA EN EL USUARIO

EN SERVICIOS DE SALUD

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Con una intensidad horaria de cincuenta (50) horas

Fecha de inicio: 25/8/2024 **Fecha de terminación:** 04/9/2024

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (04) días del mes de septiembre del año 2024

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional

Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección

VALIDAR CERTIFICADO

BEATRIZ EUGENIA RAMOS SUAZA
Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Critico
Rehabilitación Cardiopulmonar y
Certificación AHA como proveedor en salud

LUIS CARLOS PRADA PRADA
Director
Corporación Internacional Líderes Latinoamérica

La validez del diploma también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo academico@cillatinoamerica.com.co

66b29424-b02c-4128-acfe-f735ac1f0e42

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

carolina ayala miranda

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

Diagnóstico y manejo clínico del dengue

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 75,00 %

6 de agosto de 2024

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

FIU Robert Stempel College of Public Health & Social Work
FLORIDA INTERNATIONAL UNIVERSITY

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=66b29424-b02c-4128-acfe-f735ac1f0e42

CIL LATAM
ENTRETENIMIENTO & EDUCACIÓN

LA CORPORACIÓN INTERNACIONAL LÍDERES LATINOAMÉRICA

NIT 830.086.471-6

Hace constar que:

CAROLINA AYALA MIRANDA

Identificado(a) con C.C. 37898740

Cursó y aprobó los estudios correspondiente al:

CURSO

FORMACION EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Con una intensidad horaria de cincuenta (50) horas

Fecha de inicio: 25/8/2024 **Fecha de terminación:** 04/9/2024

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (04) días del mes de septiembre del año 2024

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional

Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección

VALIDAR CERTIFICADO

BEATRIZ EUGENIA RAMOS SUAZA
Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Critico
Rehabilitación Cardiopulmonar y
Certificación AHA como proveedor en salud

LUIS CARLOS PRADA PRADA
Director
Corporación Internacional Líderes Latinoamérica

La validez del diploma también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo academico@cillatinoamerica.com.co

Esta Tarjeta Profesional es personal e intransferible y acredita a su portador como PSICÓLOGO de conformidad con los Artículos 6, 7 y 12 de la Ley 1090 de 2006 y es requisito legal para el ejercicio profesional en Colombia.

GLORIA AMPARO VÉLEZ
Presidente del Consejo Directivo

www.colpsic.org.co

COLEGIO COLOMBIANO DE PSICÓLOGOS



TARJETA PROFESIONAL DE PSICÓLOGA

No. 250142

Fecha de expedición: 09/06/2022

CAROLINA AYALA MIRANDA

Cédula de Ciudadania
37898740

Según la Ley 1090 de 2006, este documento es de carácter vitalicio y tiene validez nacional, por tanto su vigencia es permanente

SISPRO - Aplicativos Misionales

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 *

37898740

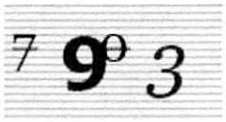
Primer Nombre

CAROLINA

Primer Apellido

AYALA

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

6203

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2026-08-01→6:28:32 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificació
CC	37898740	CAROLINA		AYALA	MIRANDA	Vigente

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)

Carné Digital de Vacunación Colombia

Salud

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 20c8de64-d603-4813-82cd-f4286f22f54a

Nombres y apellidos / Full name: CAROLINA AYALA MIRANDA

Tipo de identificación / ID Type: CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number: 3 7 8 9 8 7 4 0

Fecha de nacimiento / Date of birth: 31/07/1980

País nacimiento / Country of birth: COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number: 312547893

Correo electrónico / e-mail: notien@gmial.com

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Edad / Age	Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination Día / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
Sin rango de edad	TD Adulto	Primera	7	5	2014		024L1015B	SOCORRO ESE HOSPITAL REGIONAL	
Sin rango de edad	TdaP Acelular Gestantes	Anual	13	6	2014		AC37B137AC	SOCORRO ESE HOSPITAL REGIONAL	
Sin rango de edad	INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	19	11	2020		V50220018	SOCORRO ESE HOSPITAL REGIONAL	YAKELINE ACEVEDO JEREZ
12 meses	Fiebre amarilla	Única	24	6	2021		R3N052V	SOCORRO ESE HOSPITAL REGIONAL	JESSICA TATIANA CHACON RODRIGU
Sin rango de edad	TD Adulto	Tercera	24	6	2021		2339X026A	SOCORRO ESE HOSPITAL REGIONAL	JESSICA TATIANA CHACON RODRIGU
Sin rango de edad	COVID JANSSEN	Única	6	7	2021	Janssen	213A21A	SOCORRO ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN	DIANA MILENA OROZCO CALA
Sin rango de edad	COVID MODERNA	Primer Refuerzo	14	3	2022	Moderna Biotech	037M21A	SOCORRO ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN	VIVIANA MARCELA ALARCON MANTILLA
Sin rango de edad	INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	12	8	2024	Green Cross	V50524005	SOCORRO ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN	MARY ORTIZ

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

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

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

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

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

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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141135215101

(415)7707212489984(8020) 000014113521510 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 7 8 9 8 7 4 0	0	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga 4	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	3 7 8 9 8 7 4 0	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	San Gil 6 7 9

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
AYALA	MIRANDA	CAROLINA	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Socorro 7 5 5

41. Dirección principal: CL 5 ESTE 6 26 BRR BICENTENARIO V ETAPA

42. Correo electrónico: carolinayalamiranda@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
7 2 2 0	2 0 2 1 0 1 0 1	7 4 9 0	2 0 1 2 0 8 0 2			3 4 3 1	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

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

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024-10-07 / 09:35:38AM

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 AYALA MIRANDA CAROLINA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Función Pública

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2026-08-03 09:08

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
CAROLINA		AYALA	MIRANDA

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	37898740

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	SAN GIL

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	SOCORRO

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

Lugar de sede					
País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	SOCORRO

Dirección	["Carrera 16 No. 9-53 Socorro - Santander"]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	$46.400.000,00
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$46.400.000,00

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	$100.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
CREDITO	$5.000.000,00

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

[ ]

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 01/08/2026 06:35:26 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **37898740** y Nombre: **CAROLINA AYALA MIRANDA.**

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. **145028074** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 06:33:57 PM horas del 01/08/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **37898740**
Apellidos y Nombres: **AYALA MIRANDA CAROLINA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

DIJIN

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

Presidencia de la República | Ministerio de Defensa Nacional | Portal Único de Contratación | GOV.CO

Todos los derechos reservados.

PROCURADURÍA
GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 300501830

PIB
18:36:32

Bogotá DC, 01 de agosto 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) CAROLINA AYALA MIRANDA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 37898740:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy sábado 01 de agosto de 2026, a las 18:38:31, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	37898740
Código de Verificación	37898740260801183831

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 18:44:28 horas del 01/08/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **37898740,** Apellidos y Nombres **AYALA MIRANDA CAROLINA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

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

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

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

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 37898740 **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 01/08/2026 06:39 PM

Código Verificación: **8CB1AD4YKZ**

Válida hasta: **30/10/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

TRIBUNALES
DEONTOLÓGICOS
Y BIOÉTICOS DE
PSICOLOGÍA

TRIBUNALES DEONTOLÓGICOS Y BIOÉTICOS DE PSICOLOGÍA

La suscrita Directora Ejecutiva de los Tribunales Deontológicos y Bioéticos de Psicología certifica que, una vez consultado el sistema de información y reporte de profesionales sancionados por estos Tribunales, NO se encontró que **carolina ayala miranda**, con documento de identificación N° **37898740**, tenga antecedentes deontológicos disciplinarios en ninguno de ellos.

Este certificado tiene validez de tres (03) meses.

Se expide en Bogotá, D.C., el 1 de agosto de 2026.

DIANA PAOLA PULIDO CASTELBLANCO
Directora Ejecutiva de los Tribunales Deontólogicos y Bioéticos de Psicología

T53PJ0z/VxKORZ5TYvEn
Para validar este documento ingrese en el siguiente link:
https://sara.colpsic.org.co/publico/validar-documento

DECLARACIÓN JURAMAMENTADA DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES Y COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

CAROLINA AYALA MIRANDA , mayor de edad, identificada con cedula de ciudadanía número 37898740, expedida en **SAN GIL SANTANDER** de profesión **PSICOLOGA,** manifiesto conocer las implicaciones legales de incurrir en alguna de las causales de conflicto de intereses, inhabilidad o incompatibilidad y me comprometo como contratista, a informar cualquier conflicto que pueda llegar a comprometer la estabilidad económica y de cualquier índole de esta entidad, por lo anterior, declaro no encontrarme incurso en situación de conflicto de interés, inhabilidad e incompatibilidad.

Así mismo declaro, que apoyo la acción del estado colombiano y de la E.S.E. HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN, para fortalecer la transparencia, así mismo, no ofrecer dadivas, sobornos, o cualquier forma de alago, retribuciones o prebenda a servidores públicos o asesores de la entidad contratante, directamente o a través de sus empleados, contratistas o terceros, tampoco a efectuar acuerdos, o realizar actos y conductas que tengan por objeto o efecto la oclusión en el proceso de contratación, revelar información sobre el proceso de contratación que solicite los organismos de control de la República de Colombia y finalmente, conozco las consecuencias derivadas del incumplimiento del presente compromiso anticorrupción.

En constancia de los anterior, firmo:

CAROLINA AYALA MIRANDA
C.C. 37.898.740 DE SAN GIL SANTANDER

DR LEONARDO AGUILAR GALVIS

NIT: 91106799-3

CONTACTOS
3178702891
aguilarleonardo17@gmail.com
Carrera 15 No. 15 - 39
Socorro (Santander)

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL



PACIENTE: CAROLINA AYALA MIRANDA | **NÚMERO HIJOS:** 2 | **ESTRATO:** 2 | **GÉNERO:** Femenino

TIPO IDENTIFICACIÓN: CC | **NÚMERO IDENTIFICACIÓN:** 37898740 | **FECHA NACIMIENTO:** 31/07/1980 | **EDAD:** 43 año(s) 11 mes (es) 23 día(s)

EMPRESA CONTRATANTE: TRABAJADOR INDEPENDIENTE | **TIPO EXAMEN:** Ingreso

CARGO DESEMPEÑAR: PSICOLOGO | **JORNADA TRABAJO:** Diurno | **FECHA:** 24/07/2024

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

1. RECOMENDACIONES GENERALES

	1.1. Remisión a EPS		1.3. Completar esquema vacunación		1.5. Suspender tabaquismo		1.7. Control de peso y nutrición
	1.2. Continuar manejo médico	X	1.4. Inicio o continuar actividad física		1.6. Reducir consumo de alcohol		1.8. Otras
							Ninguna

2. RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

	2.1. Calificación de origen		2.4. Ingreso programa vigilancia epidemiológica	X	2.7. Pausas activas	X	2.9. Uso diario de bloqueador solar
	2.2. Recomendaciones para el manejo de cargas		2.5. Uso de elementos de protección personal		2.8. Uso de corrección visual		2.10. Otros
	2.3. Seguimiento por ARL		2.6. Pautas ergonómicas				
							Ninguna

3. RESTRICCIONES

	3.1. Trabajo en alturas > 1.5 mts		3.4. Trabajos en temperaturas bajas		3.7. Trabajo en espacios confinados		3.10. Cargas
	3.2. Trabajo en altitudes > 2.500 mts		3.5. Trabajo en temperaturas altas		3.8. Para conducción de vehículos		3.11. Viajes
	3.3. Trabajos en ambientes hiperbáricos		3.6. Trabajos con riesgo eléctrico		3.9. Manipulación de alimentos		3.12. Otros
						X	No Aplica

4. CONCEPTO MÉDICO

Tipo Examen: _X_ Ingreso ___ Periódico ___ Retiro ___ Post Incapacidad ___ Cambio Cargo ___ Trabajos Especiales

X	Concepto Sin Restricciones para el cargo		Sin Restricciones para trabajo eléctrico		Requiere evaluar reubicación laboral		Sin restricción para continuar su labor actual
	Concepto Con Restricciones para el cargo (ver restricciones)		Sin Restricciones para trabajo en temperaturas extremas		Requiere nueva valoración		Sin diagnóstico de enfermedad laboral
	Aplazado		Sin Restricciones para trabajo en espacios confinados		Satisfactorio		Presenta patologías que requieren calificación de origen EPS / ARL
	Sin Restricciones para manipulación de alimentos		Sin Restricciones para Conducción de Vehículos / Operación de Maquinaria		Enfermedades de origen común		Secuela de accidente de trabajo / enfermedad laboral
	Sin Restricciones para trabajo en alturas						

5. EXÁMENES REALIZADOS

	Examen Físico		Rx Tórax		Perfil Lipídico		TSH		Frotis Faringeo
X	Examen Físico con Énfasis Osteomuscular		Rx Columna Lumbo Sacra		Perfil Hepático		Serología		KOH Uñas
	Audiometría		Cuadro Hemático		Perfil Renal		Ácido Úrico		Coprológico
	Optometría		Glicemia		Frotis Sangre Periférica		Tamizaje Drogas		Baciloscopia
	Espirometría		Electrocardiograma		Hemoclasificación		Alcohol		Evaluación Neuropsicológica
	Visiometría		Parcial de Orina		Espermograma		Colinesterasa		Otro

6. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

Examen físico con énfasis osteomuscular, cardio cerebro vascular y de equilibrio dentro de parámetros normales. Examen de ingreso sin restricción, paciente sin patología evidente en el momento. se educa en estilos de vida saludable, dieta balanceada auto cuidado y reporte de condiciones de salud y condiciones de riesgo.

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada el día de hoy y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante. El paciente firmó la historia clínica como constancia de haber comprendido las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre su estado de salud y de recibir la información que puede obtener la copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

FUNCIONARIO RESPONSABLE:

Leonardo Aguilar Galvis
Esp. S.O. Lic. SST 024646 de 2015
Médico y Cirujano. UIS RM 1262/98

LEONARDO AGUILAR GALVIS
Medicina especializada, Medicina Ocupacional
Registro Profesional: 1262/98
L.S.O.: 024646/2015

PACIENTE:

CAROLINA AYALA MIRANDA



Leonardo Aguilar Galvis
Médico y Cirujano R.M. 1262/98
Esp. Salud Ocupacional
Lic. 024646/2015

Naxvan Soft
www.naxvansoft.com

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

CIUDAD : | FECHA | 3 | 8 | 2026

AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD

DATOS DEL ESTUDIANTE, AFILIADO O TRABAJADOR

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	NRO IDENTIFICACIÓN
AYALA	MIRANDA	CAROLINA	37898740

SEXO	F	X	M	EDAD (años)	46	ESTADO CIVIL	Casado		Soltero	X	U. Libre		Separado	

EPS	SANITAS	AFP	COLPENSIONES	ARL	POSITIVA

Cargo	PSICOLOGA	Dependencia	PIC DEPARTAMENTAL

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

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

Enfermedad o Sintomas	SI	NO	observación, aclaración, tratamiento actual con
Trastorno Osteomuscular Dolor de cuello, espalda, lumbar, brazos, piernas, dormimiento de las manos, calambres.		X	
Trastornos del equilibrio: Mareo, vértigo, debilidad, ruido en oidos:		X	
Trastornos del sueño: insomnio, somnolencia , cansancio fatiga permanenete.		X	
Enfermedad infecciosa: fiebre y/o diarrea a repetición:		X	
Trastorno auditivo: perdida devaudicion, tinitus,		X	
Trastorno visual. Fatiga o cansancio visual, uso de gafas		X	
Trastrorno de la piel: resequedad, descamacion fisuras, heridas, perdida huella dactilar.		X	
Trastorno respiratorio: asma, epoc, sensacion de ahogo con pequeños esfuerzos		X	
Trastorno neurologico: migraña, dolor de cabeza frecuente, convulsiones, desmayo.		X	
Trastorno Digestivo: gastritis, colon irritable, estreñimiento, dolor, llenura o distencion abdominal persistente.		X	
Trastorno del estado de animo: tristeza melancolia, inquietud, irritabilidad		X	
Trastrorno endocrino o inmunologico: Diabetes, hipoglicemia, baja de las defensas, inmunosupresion, anemia.		X	
Consumo de medicamentos que afectan Órganos de los sentidos, capacidad de reacción, vigilia o función neuromuscular, inmunologica (Ej: loratadina, corticoide-prednisona, alprazolan)		X	
Ha tenido dificultades o conflictos generados por la ingesta de alcohol		X	
Ha requerido hospitalización en el ultimo año, porque?		X	
¿Durante el último año ha sido incapacitado? Porqué?		X	
¿Cuantos días de incapacidad médica?		X	
¿Tiene Ud. algún hobbie, o practica algún deporte? ¿Cual(es)? ¿Qué tiempo le dedica a cada uno?	X		CAMINAR 4 HORAS
¿Usted en los ultimos 15 dias ha presentado: fiebre mayor a 38°, tos, dolor de garganta, fatiga o dificultad para respirar ?		X	
¿Usted en los ultimos 15 dias ha estado en contacto o contacto estrecho con una persona sospechosa o confirmada por infeccion respiratoria aguda, asociada a COVID 19 ?		X	
¿Usted en los ultimos 15 dias ha estado en espacio confinado?		X	

Certifico que la información consignada en éste reporte es veridica y que en éste momento no padezco ninguna condición física o emocional conocida por mí que pueda afectar mi desempeño durante la realizacion de mis actividades o que pueda generar riesgo para mis compañeros, así mismo me comprometo a informar cualquier cambio en mi condicion de salud (especialmente en los ultimos 15 dias, si presento: fiebre, tos, ahogo) y a reportar cualquier condicion de riesgo que detecte en mi entorno en el cual estaré involucrado. en constancia firmo.

SUGERENCIAS, OBSERVACIONES ACLARACIONES Y/O RECOMENDACIONES RELACIONADAS CON LAS CONDICIONES DE SALUD O PARA EL MEJORAMIENTO DE ESTAS.

FIRMAS

Firma 

C.C 37898740

Firma Lider de Seguridad y Salud en el Trabajo

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:
NOMBRE: Leonardo Aguilar Galvis	NOMBRE: Jenny Johana Celis Rivera	NOMBRE: Angelica María Rueda Jimenez
CARGO: lider SG SST	CARGO:Profesional Talento humano	CARGO: Asesora de Calidad
FECHA:	FECHA:	FECHA:

Control de cambio: Versión 01 CSST 019

versión 02 ajustes por pandemia COVID 19

EL SUSCRITO JEFE DE LA OFICINA ASESORA JURÍDICA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN DEL SOCORRO

CERTIFICA

Que **CAROLINA AYALA MIRANDA,** mayor de edad, identificado con Cédula de Ciudadanía número C.C. 37.898.740 Expedida en San Gil, suscribió con la **E.S.E HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRÁN** con NIT 900.190.045-1, contratos de Prestación de Servicios, los cuales se describen a continuación:

Nombre de la entidad contratante:	E.S.E HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRÁN
Dirección	Carrera 16 N° 9-53
Teléfono:	(7) 6852880
Nombre del contratista:	**CAROLINA AYALA MIRANDA**
C.C.	37.898.740 expedida en San Gil
Tipo de contrato:	Contrato de Prestación de Servicios
Número del contrato:	**206-24**
Objeto:	**PRESTACION DE SERVICIOS DE PROFESIONAL EN PSICOLOGIA PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES CONTEMPLADAS EN EL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO. CO1.PCCNTR.6388219 SUSCRITO CON EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER- SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL."**
Valor del contrato:	**$6.000.000**
Estado del contrato:	Ejecutado, terminado y liquidado a satisfacción.
Fecha de inicio:	10 de septiembre de 2024.
Fecha final:	09 de noviembre de 2024.
Obligaciones especificas:	**1.-** Ejecutar las actividades contempladas en el convenio interadministrativo de prestación de servicio en salud publica No. CO1.PCCNTR.6388219 de 2024, de conformidad con el cronograma establecido, el anexo técnico y el Estudio de Conveniencia y Oportunidad el cual hace parte integral del presente contrato. **2.-** Entregar un Plan de acción y cronograma y elaborar un directorio de actores claves que apoyen el programa en el departamento, para el desarrollo de cada una de las actividades del convenio. **3.-** Contar con las herramientas e insumos necesarios para la correcta ejecución de las actividades encomendadas, como video Beam, papelería, folletos, plegables, marcadores y demás materiales y elementos necesarios. **4.-** Garantizar una reunión en el municipio para la implementación del programa pactos por la vida, se debe articular a través de 5 ejes de trabajo que contemplan diversas estrategias y actividades para el ejercicio de la

	prevención integral del consumo abusivo de alcohol de acuerdo con lineamento técnico del ministerio de salud y protección social. 5.- Desarrollar una reunión con los actores del consejo de política Social del municipio para realizar la presentación del programa pactos por la vida, de no poder realizarse en este espacio se solicita la presentación en el marco del Comité municipal de juventudes. 6.- Presentar la propuesta metodológica de trabajo a desarrollar según el lineamiento del Programa del Ministerio de Salud y protección Social, listado de asistencia, acta de reunión. 7.- Desarrollar un proceso de articulación con el sector público y privado, conjunto con la dirección de juventudes para la promoción del programa, articulación con 10 empresas públicas o privadas, grupos comunitarios como: Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos, acercamiento con siete universidades de la región. 8.- Proporcionar el contenido técnico para el Diseño Protocolos "Saber Beber/ consumo seguro" de acuerdo con las condiciones socioculturales del municipio. 9.- Definir, revisar y ajustar un programa de capacitación presencial (8 horas) y virtual (12horas) sincrónica a 50 jóvenes para que apoyen en el municipio el desarrollo del programa de pactos por la vida, el proceso de formación se realizará con una duración de 20 horas dirigido por un equipo interdisciplinario que permita acompañar todo el proceso en el municipio, en coordinación con la supervisora del presente contrato. 10.- Elaborar Informe Final de las actividades desarrolladas, soportes de convocatorias, pretest, postest registros fotográficos, certificados, entregar las memorias a los participantes y soportes de entrega de los materiales utilizados para el desarrollo de los diferentes temas, al supervisor del contrato y a los participantes. 11.- realizar mínimo 40 acciones pedagógicas dentro de la implementación en diversos contextos: realizar presencia en eventos culturales, artísticos y sociales masivos, Operativos pedagógicos para conductores, Operativos pedagógicos en establecimientos de rumba. 12.- Desarrollar una reunión de cierre con los actores del consejo de política social del municipio o el comité municipal de juventudes para presentar resultados finales del programa pactos por la vida. 13.- Participar en las reuniones periódicas convocadas por el Departamento de Santander Dimensión Convivencia Social y Salud Mental, con el fin de, propender el cumplimiento a los términos establecidos en el contrato. 14.- realizar solicitud de consentimiento para registro fotográfico y utilización de estos. 15.- Cumplir las actividades teniendo en cuenta la normatividad establecida por el Ministerio de salud y de la Protección Social. (Solicitando mediante correo electrónico al departamento de Santander- secretaria departamental de Salud). 16.- Ejecutar las actividades asignadas durante la ejecución del contrato, las

	cuales se encuentran sujetas a cambios de acuerdo con la planeación del contratante con el entorno y los ciclos vitales, siempre y cuando tengan relación con el objeto del mismo. 17.- El contratista deberá encontrarse identificado, conforme al reglamento del contratante. 18.- Las demás que tengan relación el objeto contractual.
Número del contrato:	224-24
Objeto:	PRESTACION DE SERVICIOS DE PROFESIONAL EN PSICOLOGIA PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES CONTEMPLADAS EN EL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC-2024, EN EL MUNICIPIO DEL SOCORRO, SANTANDER DE CONFORMIDAD CON LA ADICION No. 01 AL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO N. CDI-SOC-2024-012 SUSCRITO ENTRE LA ALCALDIA MUNICIPAL DEL SOCORRO Y LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN.
Valor del contrato:	$6.650.000
Estado del contrato:	Ejecutado, terminado y liquidado a satisfacción.
Fecha de inicio:	16 de octubre de 2024.
Fecha final:	16 de diciembre de 2024.
Obligaciones especificas:	1.- Ejecutar las actividades contempladas en el convenio interadministrativo de prestación de servicio en salud publica No. CDCI-SOC-2024-012, de conformidad con el cronograma establecido, el anexo técnico y el Estudio de Conveniencia y Oportunidad el cual hace parte integral del presente contrato. 2.- Entregar un Plan de acción y cronograma y elaborar un directorio de actores claves que apoyen el programa en el departamento, para el desarrollo de cada una de las actividades del convenio. 3.- Contar con las herramientas e insumos necesarios para la correcta ejecución de las actividades encomendadas, como video Beam, papelería, folletos, plegables, marcadores y demás materiales y elementos necesarios. 4.- Brindar acompañamiento en la realización de las convocatorias para las actividades por los diferentes medios de comunicación establecidos como los visuales, auditivos y escritos, las redes sociales del Municipio del Socorro y de la institución, tales convocatorias serán compartidas con la secretaria de Salud Local. 5.- Ejecutar las actividades asignadas durante la ejecución del contrato, las cuales se encuentran sujetas a cambios de acuerdo a la planeación del contratante con el entorno y los ciclos vitales, siempre y cuando tengan relación con el objeto del mismo. 6.-El contratista deberá encontrarse identificado, conforme al reglamento del contratante. 7.- Las demás que tengan relación el objeto contractual.
Número del contrato:	182-25
Objeto:	"PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGO EN EL AREA URBANO EN EL MUNICIPIO DE SOCORRO SANTANDER DENTRO DE LOS EQUIPOS BASICOS DE SALUD EBS DE LA E.S.E. HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN GARANTIZANDO EL CUMPLIMIENTO DE LOS LINEAMIENTOS EXPEDIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y PROYECTO APROBADO MEDIANTE RESOLUCIÓN No. 1212 DE

	2024."
Valor del contrato:	$7.125.000
Estado del contrato:	Ejecutado, terminado y liquidado a satisfacción.
Fecha de inicio:	15 de mayo de 2025
Fecha final:	14 de agosto de 2025.
Obligaciones especificas:	

Ítem	Actividad
1	Elaboración del Plan de trabajo mensual del equipo básico de salud
2	Elaborar el cronograma mensual de operación de las actividades ejecutadas para el despliegue en un territorio.
4	Identificar personas no afiliadas al sistema de salud y gestionar el trámite de afiliación
5	Realizar la valoración de primer contacto de acuerdo con los siguientes instrumentos: a) familiograma, b) APGAR familiar, escala de sobrecarga del cuidador ZARIT y c) ecograma
6	Identificar las condiciones de salud de los miembros de la familia y hacer a través de los dispositivos médicos asignados, determinando riesgos, para su respectiva canalización
7	Apoyar en la formulación del plan integral del cuidado primario individual, familiar y comunitario con base en los resultados de la caracterización
8	Identificar las prioridades de respuesta individual, familiar y comunitaria por edad, sexo-género, etnia, entre otras características pertinentes y por microterritorio asignado
9	Gestionar la prestación de los servicios de salud según necesidades identificadas y canalización a modalidades disponibles
10	Inducir la demanda de servicios o de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública
11	Gestionar el traslado a instituciones de salud de personas que requieren remisión urgente
12	Brindar educación para la salud e información orientada a la promoción, prevención y cuidado personal
13	Informar a las familias sobre el portafolio de servicios de salud y otros sectores
14	Liderar la canalización a la oferta en servicios brindada por otros sectores
15	Realizar seguimiento al acceso efectivo a los servicios de salud y servicios brindados por otros sectores

	16	Digitalizar los instrumentos que sean diligenciados de forma manual en herramienta del Ministerio de Salud
	17	Convocar, implementar y realizar seguimiento a espacios de participación social por veredas o barrios
	18	Participar y apoyar en los comités de seguimiento con la Entidad Territorial para el análisis de la atención y barreras en los equipos básicos
	19	Realizar atenciones individuales en su profesión según priorización
	20	Demás actividades inherentes al objeto contractual asignadas por el supervisor y/o contratante

Número del contrato:	229-25
Objeto:	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGA DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL CONTRATO No. CO1.PCCNTR.7716689 CELEBRADO ENTRE LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE SANTANDER Y LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN DEL SOCORRO.**
Valor del contrato:	$24.500.000
Estado del contrato:	Ejecutado, terminado y liquidado a satisfacción.
Fecha de inicio:	04 de junio de 2025.
Fecha final:	26 de diciembre de 2025.

Obligaciones especificas:

No.	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
El contratista debe comprometerse a realizar las siguientes actividades en relación con el cronograma, publicidad y difusión de infografía a los eventos objeto del presente contrato:	
1.	***Gestión de Piezas Publicitarias:*** *Realizar la solicitud formal semanalmente de las piezas publicitarias al encargado, mediante canal de comunicación establecido, incluyendo en el envío en Word y todo lo que debe registrar ya sea para pieza informativa o video.*
2.	***Búsqueda de Familias susceptibles para la estrategia:*** *de acuerdo con el anexo técnico y con las especificaciones técnicas de la estrategia, realizar la consolidación utilizando totas las herramientas necesarias para una convocatoria de gran tamaño.*
3.	***Difusión con Entidades Municipales***: Coordinar con el equipo de trabajo la difusión de las piezas publicitarias a través de los principales canales de comunicación de las entidades del Municipio de Palmas del Socorro.
4.	***Seguimiento del Cronograma:*** Efectuar un seguimiento

		semanal detallado del cumplimiento del cronograma tanto de actividades en campo como de publicidad y difusión establecido para cada evento.
	5.	*Planificación y Entrega de Invitaciones:* Planificar las acciones de publicidad y de campo con una antelación mínima de diez (10) días a la fecha del evento, incluyendo la entrega oportuna de invitaciones físicas y su correspondiente replicación en las redes sociales del Municipio.
	6.	*Monitoreo de Redes Sociales:* Realizar una revisión diaria del contenido publicado en las redes sociales relacionadas con los eventos y las acciones descritas en el anexo técnico, con el fin de llevar una trazabilidad exhaustiva del cumplimiento de las actividades de difusión estipuladas en el objeto del presente contrato.
	7.	*Entrega del Cronograma:* al ente Municipal mediante correo electrónico con copia a la supervisora del contrato, ante cualquier ajuste de este debe ser informado a las partes.
	Además de lo anterior el contratista deberá desarrollar las siguientes actividades específicas:	
	1.	Elaborar y presentar un plan de acción detallado al inicio de la ejecución del contrato, que incluya: las actividades a desarrollar durante el periodo contratado con estrategias para la ejecución, cronograma, tentativo, metodología, temas, abordar y posibles alianzas, intersectoriales, las cuales pueden estar sujetas a cambios, según se requiera. Se debe presentar el cronograma mensual, antes de iniciar las actividades donde se especifique las acciones programadas en el municipio, el cual puede estar sujeto a cambios según se requiera. Al finalizar el mes, debe presentarse el cumplimiento de dicho cronograma, con disposición de evidencias, de manera clara y completa, con los respectivos soportes y registros. Circular de invitación a los espacios, actas de listas de asistencia, registros, fotográficos, fichas técnicas, entre otros. De la ejecución de cada una de las obligaciones enmarcadas en el objeto del presente contrato. ***Productos**: plan de acción inicial. Los cinco primeros días de la ejecución del contrato. Documento detallado con descripción de actividades, cronograma, tentativo, metodología, recursos necesarios y potenciales, alianzas, intersectoriales que se va a*

		realizar durante los meses de vigencia del contrato. ***Cronograma mensual:*** *cronograma específico de las actividades a desarrollar entregado los cinco primeros días de cada mes, el cual deberá ser concertado y aprobado por el supervisor.* ***Evidencias:*** *acta de reunión de concertación con la Secretaría de salud y educación. Lista de asistencia y registro fotográfico.* ***Indicador:*** *plan de acción aprobado dentro de los primeros cinco días del contrato.*
	2.	Realizar reuniones de concertación del proceso con la Secretaría de salud y educación Alcaldía de los municipios seleccionados para socializar, la estrategia, sus objetivos, beneficios, metodología, duración y formalizar compromisos de participación. ***Productos:*** *circular de convocatoria: a la Secretaría de salud, educación, colegios seleccionados. Acta de reunión con compromisos asumidos por cada actor: documento firmado por los actores convocados, aceptando la participar en la implementación de la estrategia. Listado de asistencia, registro fotográfico.*
	3.	Implementar la estrategia de zonas de orientación escolar, la institución educativa seleccionada. Se debe realizar sensibilización a la comunidad educativa y al sector institucional, frente a la identificación y fortalecimiento de las redes operativas que se inconstitucional educativa, identificación de las redes sociales y comunitarias que se responden a la necesidades y problemas que presentan los adolescentes y sus familias vinculados, articular los programas y procesos existentes que contribuyen con la prevención y la reducción de los riesgos asociados con el consumo de drogas y salud mental, evaluaré sistematizar el proceso desarrollado a la luz de la normatividad existente. Disponer de material necesario para el desarrollo de las actividades. ***Productos***: *plan de implementación de la estrategia como mínimo 60 hojas mensuales de primer contacto, 30 diarios de campo mensuales, 30 canalizaciones mensuales en la comunidad educativa.*
	4.	Elaborar y presentar a la institución educativa y a las

		autoridades del municipio, un informe consolidado y detallado sobre los resultados de la estrategia, incluyendo acciones realizadas, número de adolescentes, intervenidos, un análisis del desarrollo de las intervenciones y conclusiones relevantes y un video con testimonios de experiencias exitosas en los adolescentes. *Producto*: *documento de informe final en formato físico y digital. Lista de asistencia, registros fotográficos.* ***Indicador: informe final, entregado con análisis de resultados.***
	5.	Garantizar el apoyo técnico y logístico para la actividad de presentación de resultados ante el Consejo departamental de salud mental, y la mesa técnica de infancia, adolescencia de la gobernación de Santander: para eso se dispondrá un espacio para la socialización de los resultados impacto del programa implementado en el municipio Jhe, alquiler de auditorio o salón con instalaciones apropiadas para la realización del evento, que cuente con: aire acondicionado, iluminación con capacidad máxima 30 personas, dotado con sillas, mesas, micrófonos sonido, equipo de cómputo, proyector, y los demás que sean necesarios para la realización de la actividad. *Producto*: *documento de presentación de resultados, garantizar el apoyo logístico, circular de convocatoria, registro de reunión y registro fotográfico.*
	6.	Resultados esperados, actores de la sede escogida para cada institución educativa, sensibilizados y reconociendo la propuesta Zoe como oportunidad para abordar las problemáticas de salud mental y de consumo de drogas al interior de las comunidades educativas. Tener un equipo formado en la propuesta que orienta, coordina y sistematiza las acciones de generación de dispositivo inicial. Contar con una red inicial de recursos comunitarios de soporte para la necesidades y demandas de los estudiantes y de los padres de familia relacionadas con el consumo de drogas y problemas asociados. Contar con una red operativa en la institución educativa, entrenada, con conocimientos, competencias y actitudes para intervenir en el tema de drogas y de salud mental.

	7.	*Otras obligaciones para el desarrollo de esta actividad.* Cada beneficiario debe contar con permiso de autorización de uso derecho de imagen sobre fotografías y producciones audiovisuales Videos y de propiedad intelectual, otorgado a la Secretaría de salud departamental. Se deben utilizar los formatos aprobados por el sistema integrado de la gestión de la gobernación de Santander. Productos: *autorización de uso derecho de imagen sobre fotografías y producciones audiovisuales videos y de propiedad intelectual. Otorgado a la Secretaría de salud departamental. Se solicita participar en las reuniones periódicas mínimo una mensual, como por el supervisor, con el fin de propender el cumplimiento a los términos establecidos en el contrato. Productos: reunión y registrar Asistencia.*

Número del contrato:	315-25
Objeto:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICÓLOGO EN EL ÁREA URBANA DEL MUNICIPIO DEL SOCORRO SANTANDER PARA EJECUTAR LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD (EBS) DE LA E.S.E. HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN GARANTIZANDO EL CUMPLIMIENTO DE LOS LINEAMIENTOS EXPEDIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL MEDIANTE RESOLUCIÓN No. 696 DEL 21 DE ABRIL DE 2025.
Valor del contrato:	$9.500.000
Estado del contrato:	Ejecutado, terminado y liquidado a satisfacción.
Fecha de inicio:	25 de agosto de 2025.
Fecha final:	24 de diciembre de 2025.

Obligaciones especificas:

No.	Actividad	Anexo / Soporte para Cuenta de Cobro
1	Elaborar cronograma mensual.	Cronograma mensual en archivo Excel, evidencia de carga en drive.
2	Participar en la construcción del plan de trabajo grupal.	Documento del plan de trabajo grupal con firmas evidencia de carga en drive.
3	Participar en la unidad de análisis semanal.	Actas, listas de asistencia de las unidades de análisis semanal evidencia de carga en drive.

4	Apoyar en el diagnóstico comunitario del territorio, alimentando información mensual sobre problemas en salud mental.	Participación con información del diagnóstico comunitario, datos recopilados, informes de alimentación mensual.
5	Aplicar plan de cuidado individual, familiar o colectivo según la resolución 3280, evidenciando condición familiar y acciones.	Planes de cuidado individual EPICOLLET familiar y colectivo documentados, registros de intervenciones según resolución 3280.
6	Elaborar informe técnico mensual y final del Plan de Cuidado Primario con acciones, logros, alertas, intervenciones, gestión y coordinación.	Informes técnicos en Word detallados y firmados. evidencia de carga en drive.
7	Elaborar informe en Excel con indicadores: hogares asignados y visitados, canalizaciones, afiliaciones, intervenciones, planos y consultas.	Archivo Excel con datos estadísticos completos y actualizados. evidencia de carga en drive.
8	Realizar consultas psicológicas individuales para derivación a psiquiatría o inicio de terapia.	Registros de consultas realizadas, remisiones, formatos de atención psicológica. evidencia de carga en drive.
9	Aplicar y analizar tamizajes de salud mental e instrumentos para sustancias psicoactivas (SPA), escala sobrecarga de cuidado, atención psicosocial a víctimas, centros de escucha, rehabilitación comunitaria.	Resultados de tamizajes, análisis y reportes, fichas de atención, registros de actividades psicosociales y comunitarias.
10	Coordinar atención y seguimiento de alertas con auxiliar y jefe de equipo básico, según caracterización.	registros de seguimiento, evidencia de carga en drive.

	11	Diligenciar historias clínicas en software Dinámica Gerencial para consultas y facturar educaciones de acuerdo con CUPs.	Historias clínicas digitales, comprobantes de facturación, informes en software Dinámica.
	12	Establecer meta diaria atención de individuo basada en población entregada, identificada por auxiliares y alertas.	Documento de metas diarias, informes de atención, listas de población asignada y alertas identificadas. evidencia de carga en drive.
	13	Organizar registro fotográfico por actividad realizada, organizado en carpetas digitales.	Carpetas digitales con fotos DRIVE, evidencia fotográfica organizada y respaldada.

Se adhiere el recibo oficial de estampillas No. 2502600030409, por un valor de $21.010 y se expide la presente certificación por solicitud del interesado en el municipio del Socorro Santander, el veintiuno (21) de enero de 2026.

HERNAN ADOLFO BRUGES SIOSI
JEFE OFICINA ASESORA JURÍDICA
E.S.E Hospital Regional Manuela Beltrán

El SUSCRITO SECRETARIO GENERAL Y DE GOBIERNO CON FUNCIONES DE JEFE DE PERSONAL DEL MUNICIPIO DE PALMAR SANTANDER

CERTIFICA:

Que la señora **CAROLINA AYALA MIRANDA,** identificada con cédula de ciudadanía N° 37.898.740, celebró y laboró para la Administración Municipal de Palmar (S), con el contrato de prestación servicios que a continuación se relaciona:

No. de Contrato	Objeto	Plazo	VALOR
Contrato No. 134-2023 24 DE NOVIEMBRE DE 2023	**"PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICÓLOGA PARA FORTALECER EL GRUPO INTERDISCIPLINARIO DE LA COMISARIA DE FAMILIA DEL MUNICIPIO DE PALMAR-SANTANDER."**	UN (01) MES CONTADO DESDE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO	DOS MILLONES CIENTO SESENTA MIL PESOS ($2.160.000) MCTE.

FUNCIONES

1. Brindar apoyo al grupo interdisciplinario en las medidas preventivas y coercitivas
2. Apoyar los programas de capacitación a la comunidad.
3. Brindar apoyo profesional en la realización de diagnósticos socio familiares
4. Coadyuvar y participar en la realización de campañas de prevención de riesgo, intento de suicidio, consumo de SPA.
5. Brindar apoyo profesional en la realización de estudios y emisión de conceptos sobre conductas de los usuarios que requieran el apoyo psicológico.
6. Brindar apoyo en la intervención en crisis a través de sesiones psicoterapéuticas en casos de riesgo, intento de suicidio, consumo de SPA.
7. Brindar acompañamiento en los procesos de conciliación, protección, alimentos y en general cuando sean requeridos sus conocimientos.
8. Brindar ayuda y atención psicológica inmediata a personas que lo requieran, niños, jóvenes y adultos, a partir de lo cual se pueda emitir un concepto o valoración sobre el comportamiento y la situación del individuo.
9. Brindar apoyo sobre procesos y los resultados realizados dentro de la comisaría, igualmente, participar en la planeación y evaluación de la comisaría de familia.
10. Brindar apoyo al seguimiento de los procesos que se adelanten en la comisaría del municipio y presentar informe del alcance obtenido a través de la asistencia psicológica prestada.

11. Brindar apoyo a la Comisaria de familia en las actividades pertinentes a la plataforma de juventudes y demás acciones pertinentes a la misma
12. Brindar apoyo profesional a la Comisaria de Familia en el proceso de la rendición publica de cuentas sobre la garantía de los derechos de las niñas, niños, adolescentes y jóvenes 2020 — 2023.
13. Las demás que sean asignadas que se relacionen directamente con el objeto contractual, así como las que sean necesarias para el cabal desarrollo del mismo

La presente Certificación se expide en Palmar, Santander a los seis (06) días del mes de agosto de dos mil veinticuatro (2024).

CARLOS ANDRÉS PEÑUELA SALAZAR
SECRETARIO GENERAL Y DE GOBIERNO
PALMAR SANTANDER

LA SUSCRITA GERENTE DE LA ESE ANDRES CALA PIMENTEL DEL MUNICIPIO DE PALMAR, SANTANDER

CERTIFICA

Que, CAROLINA AYALA MIRANDA, identificada con cedula de ciudadanía No. 37.898.740 de San Gil- Santander, laboró como psicóloga en la ESE Andrés Cala Pimentel, así:

- CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No. 019 DE 2023: Objeto: "PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO PISCOLOGO PARA APOYAR A LA E.S.E ANDRES CALA PIMENTEL, EN LA EJECUCION DE ACTIVIDADES CONTAMPLADAS EN EL PLAN TERRITORIAL DE SALUD PUBLICA (COAI Y PAS) VIGENCIA 2023 SUSCRITO CON EL MUNICIPIO DE PALMAR-SANTANDER". Duración: veintiocho (28) días. Valor: DOS MILLONES DE PESOS ($2.000.000) MCTE

- CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No. 043 DE 2023: Objeto: "PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO PISCOLOGO PARA APOYAR A LA E.S.E ANDRES CALA PIMENTEL, EN LA EJECUCION DE ACTIVIDADES CONTAMPLADAS EN EL PLAN TERRITORIAL DE SALUD PUBLICA (COAI Y PAS) VIGENCIA 2023 SUSCRITO CON EL MUNICIPIO DE PALMAR-SANTANDER" Duración: treinta (30) días. Valor: DOS MILLONES DE PESOS M/CTE ($2.000.000).

- CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No. 045 DE 2024: Objeto: "PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO PISCOLOGO PARA APOYAR A LA E.S.E ANDRES CALA PIMENTEL, EN LA EJECUCION DE ACTIVIDADES CONTAMPLADAS EN EL PLAN TERRITORIAL DE SALUD PUBLICA (COAI Y PAS) VIGENCIA 2023 SUSCRITO CON EL MUNICIPIO DE PALMAR-SANTANDER" Duración: veintiocho (28) días. Valor: DOS MILLONES DE PESOS ($2.000.000) MCTE

Se expide en Palmar, Santander a los seis (06) días del mes de agosto de 2024 a solicitud del interesado.

Catherine Pilonieta L.

CATHERINE PILONIETA LOPEZ
Gerente ESE

COLEGIO ARTISTICO MUSICAL PENTAGRAMA
MINISTERIO DE EDUCACION
SECRETARIA DE EDUCACION DE SANTANDER
RES. No. 07079 de Julio 07 de 2008

LA SUSCRITA RECTORA DEL COLEGIO ARTÍSTICO MUSICAL PENTAGRAMA

CERTIFICA:

Que la señora, **CAROLINA AYALA MIRANDA** identificada con cedula de ciudadanía No.37.898.740 expedida en San Gil, realizo Voluntariado de una forma gratuita como Psicóloga con T.P No. 250142 con los estudiantes de básica primaria de nuestra Institución Educativa, desde el 8 de abril de 2022 al 7 de abril de 2023.

Durante el voluntariado logro resultaos favorables, demostrando competencia, capacidad y responsabilidad en su profesión.

Se expide la presente constancia a solicitud de la interesada para fines laborales a los 19 días del mes de enero de 2024.

AMANDA BÁEZ ROMÁN
Rectora

EL SUSCRITO SECRETARIO GENERAL DE LA CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE SANTANDER – CAS-

CERTIFICA:

Que la señora **CAROLINA AYALA MIRANDA** identificada con Cedula de Ciudadanía No. 37.898.740, expedida en San Gil S/der suscribió con la Corporación Autónoma Regional de Santander CAS – el siguiente contrato de prestación de Servicios.

NUMERO DE CONTRATO	00232-2023
OBJETO	**"PRESTAR LOS SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN PSICOLOGO(A) PARA APOYAR LAS ACTIVIDADES Y PROCESOS QUE SE GENEREN EN LA SUBDIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE LA OFERTA DE LOS RECURSOS NATURALES RENOVABLES DISPONIBLES, EDUCACIÓN AMBIENTAL Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA SEDE REGIONAL DE APOYO COMUNERA DE LA CAS".** La contratista realizó las siguientes actividades: 1. Realizar las actividades encaminadas a los tramites de solicitudes de los permisos, concesiones, autorizaciones y licencias ambientales y demás instrumentos de manejo ambiental de que contribuyan al cumplimento de las metas y actividades asignadas a la Administración de la Oferta de Recursos Naturales Renovables Disponibles, Educación Ambiental y Participación Ciudadana, de la Sede Regional de Apoyo Comunera de la CAS. 2. Contribuir en la preparación y elaboración de los informes de gestión y demás que sean requeridos para garantizar respuestas oportunas y adecuadas a los entes de control y a la entidad. 3. Responder por el cuidado y custodia de los documentos que se manejen en los procesos que sea de conocimiento de la dependencia. 4. Proyectar los documentos y respuestas requeridas para las dependencias de conformidad con la normatividad establecidos. 5. Asistir a las capacitaciones que se programen sobre salud ocupacional y sistema de gestión integrado con el fin de generar actualización de los programas para la correcta ejecución del objeto contractual de los contratistas y cumplir con el sistema de gestión integral de la Corporación. 6. Apoyar en la organización, clasificación y archivo, para efectuar la gestión documental de la regional. 7. Brindar apoyo a los usuarios internos y externos y suministrar la información que sea solicitada, de conformidad con los procesos establecidos. 8. Recopilación de información y digitación de listados informativos 9.

	Apoyar en la elaboración de requerimientos y solicitud de la dependencia. 10. Alimentar el centro de información de trámites ambientales CITA. 11. Apoyar la inclusión de la documentación en los expedientes y carpetas de archivo. 12. Aplicar los sistemas de gestión y control adoptados de conformidad con los procedimientos de la entidad. 13. Dar cumplimiento al Manual de políticas de seguridad de la información adoptado mediante resolución No DGL 00238 del 12 de Marzo de 2015 en la que se estipula que es deber de todo contratista efectuar las actividades y seguir los lineamientos en dicho manual el cual se halla incluido en el Sistema de Gestión Integrado de la Entidad con el código M-PGT-001en el cual se reglamenta las políticas de seguridad de la información para equipos, instalaciones, redes e internet de la CAS, sus normas, prácticas y procedimientos. 14.Las demás actividades que le sean asignadas por parte del supervisor que se requieran en relación con el objeto contractual, y de acuerdo con las necesidades de la Regional Comunera.
PLAZO DEL CONTRATO	CUATRO (04) MESES
FECHA DE INICIO	14 de febrero de 2023
FECHA DE TERMINACION	13 de junio de 2023
VALOR DEL CONTRATO	$8.474.704

Expedida a solicitud del interesado en San Gil, a los quince (15) días del mes de junio de 2023.

Carlos Ernesto Reyes Monsalve
Secretario General CAS

Proyectó: Nancy leal SGL

icontec ISO 14001 SA367-1
icontec ISO 45001 ST-CER944508
icontec ISO 9001 SC3264-1
icontec Norsek S WA-006
IQNET

EL SUSCRITO SECRETARIO GENERAL DE LA CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE SANTANDER – CAS –

CERTIFICA:

Que la señora **CAROLINA AYALA MIRANDA**, identificada con cedula de ciudadanía No. 37.898.740, suscribió con la Corporación Autónoma Regional de Santander – CAS – el siguiente Contrato de Prestación de Servicios.

NUMERO DE CONTRATO	**01188-2023**
OBJETO	**PRESTAR LOS SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN PSICÓLOGO(A) PARA APOYAR LAS ACTIVIDADES Y PROCESOS QUE SE GENEREN EN LA SUBDIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE LA OFERTA DE LOS RECURSOS NATURALES RENOVABLES DISPONIBLES, EDUCACIÓN AMBIENTAL Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA SEDE REGIONAL DE APOYO COMUNERA DE LA CAS.** 1. Realizar las actividades encaminadas a los tramites de solicitudes de los permisos, concesiones, autorizaciones y licencias ambientales y demás instrumentos de manejo ambiental de que contribuyan al cumplimento de las metas y actividades asignadas a la Administración de la Oferta de Recursos Naturales Renovables Disponibles, Educación Ambiental y Participación Ciudadana, de la Sede Regional de Apoyo Comunera de la CAS. 2. Contribuir en la preparación y elaboración de los informes de gestión y demás que sean requeridos para garantizar respuestas oportunas y adecuadas a los entes de control y a la entidad. 3. Responder por el cuidado y custodia de los documentos que se manejen en los procesos que sea de conocimiento de la dependencia. 4. Proyectar los documentos y respuestas requeridas para las dependencias de conformidad con la normatividad establecidos. 5. Asistir a las capacitaciones que se programen sobre salud ocupacional y sistema de gestión integrado con el fin de generar actualización de los programas para la correcta ejecución del objeto contractual de los contratistas y cumplir con el sistema de gestión integral de la Corporación. 6. Apoyar en la organización, clasificación y archivo, para efectuar la gestión documental de la regional. 7. Brindar apoyo a los usuarios internos y externos y suministrar la información que sea solicitada, de conformidad con los procesos establecidos. 8. Recopilación de información y digitación de listados informativos 9. Apoyar en la elaboración de requerimientos y solicitud de la dependencia. 10. Alimentar el centro de información de trámites ambientales CITA. 11. Apoyar la inclusión de la documentación en los expedientes y carpetas de archivo. 12. Aplicar los sistemas de gestión y control adoptados de conformidad con los procedimientos de la entidad. 13. Dar cumplimiento al Manual de políticas

SA367-1 ST-CER944508 SC3264-1

	de seguridad de la información adoptado mediante resolución No DGL 00238 del 12 de Marzo de 2015 en la que se estipula que es deber de todo contratista efectuar las actividades y seguir los lineamientos en dicho manual el cual se halla incluido en el Sistema de Gestión Integrado de la Entidad con el código M-PGT-001en el cual se reglamenta las políticas de seguridad de la información para equipos, instalaciones, redes e internet de la CAS, sus normas, prácticas y procedimientos. Las demás actividades que le sean asignadas por parte del supervisor que se requieran en relación con el objeto contractual, y de acuerdo a las necesidades de la Regional Comunera.
PLAZO DEL CONTRATO	tres (03) meses
FECHA DE INICIO	24 de Julio de 2023
FECHA DE TERMINACION	23 de octubre de 2023
VALOR DEL CONTRATO	$ 6.356.028

Expedida a solicitud del interesado en San Gil, a los 05 días del mes de febrero de 2024.

GLORIA MILENA DURÁN VILLAR
Secretaria General CAS

Proyectó: Lorena Garnica SGL

ASOCIACIÓN CENTRO VIDA PARA EL ADULTO MAYOR - HACENVIDA.
NIT. 900.194.421-4
Registro Cámara de Comercio 05-507465-42 del 2008/01/17
Bajo el numero 35961 ASOCIACIÓN CENTRO VIDA PARA EL ADULTO MAYOR
SIGLA HACENVIDA

LA REPRESENTANTE LEGAL DE LA ASOCIACIÓN CENTRO VIDA PARA EL ADULTO MAYOR- HACENVIDA

CERTIFICA:

Que la señora **CAROLINA AYALA MIRANDA,** identificada con la cédula de ciudadanía No. 37.898.740 de San Gil, presta sus servicios en la Asociación Centro Vida para el Adulto Mayor – HACENVIDA, desempeñando como Psicóloga para la atención integral al adulto mayor, según Contrato De Prestación De Servicios OPS en el periodo comprendido del 26 de junio de 2023 al 26 de diciembre de 2023, labor que realiza con gran sentido de responsabilidad y compromiso.

Funciones a realizar:

a) Efectuar valoración psicológica a los beneficiarios del programa del Centro Vida y llevar el respectivo registro en la historia de cada paciente con el fin de mitigar el efecto de las patológicas de comportamiento que surgen en la tercera edad y los efectos a las que ellas conducen.

b) Adelantar seguimiento a los adultos mayores beneficiarios del programa acorde con las necesidades de cada adulto mayor de acuerdo con la valoración efectuada y cuando sea necesario remitir a los adultos mayores a las entidades de seguridad social para una atención más específica.

c) Adelantar capacitaciones y actividades educativas relacionadas con su especialidad y las necesidades de los adultos mayores beneficiarios del programa.

Se expide a solicitud del interesado a los veintiún (21) días del mes de noviembre del año 2023.

Cordialmente,

FANNY LUCIA PELAYO
Representante Legal

ASOCIACION DE PROFESIONALES Y ESPECIALISTAS DE LA SALUD "ASPMEDICA AT"

CERTIFICAMOS:

Que la señora **CAROLINA AYALA MIRANDA** identificada con cédula de ciudadanía número **37898740** expedida en SAN GIL - SANTANDER, ejecutó el perfil de **GESTOR OPERATIVO DE ENLACE** en el área de **CPT SOCORRO** , en el área de subgerencia de ADMON en el siguiente periodo: desde el miércoles, 01 de junio del 2016 hasta el miércoles, 31 de marzo del 2021; dentro de la ejecución de las actividades desarrolladas por la Asociación en el Centro Productivo **CPT SOCORRO - ADMINISTRATIVO**.

Se expide a solicitud del interesado en la ciudad de Bucaramanga el día **01 de Agosto del 2022.**

Atentamente;

NANCY OLIVEROS

Nómina y Seguridad Social

Vo.Bo. GIV

Cooperativa de Trabajo Asociado de
Servicios Generales y Mantenimiento
Servimos CTA.

NIT. 900175437-0

Servimos

SERVIMOS

CERTIFICA QUE:

la señora **CAROLINA AYALA MIRANDA** identificada con cédula de ciudadanía número **37898740**, estuvo vinculada a la cooperativa SERVIMOS desarrollando el subproceso de **GESTOR OPERATIVO DE ENLACE,** a través de acuerdo cooperativo de trabajo asociado, desde el 10 de marzo del 2014 hasta el 31 de mayo del 2016, en el apoyo a la gestión prestada por la Cooperativa en el Centro Asociativo de Procesos **ADMINISTRATIVO EN CASA FET.**

Se expide a solicitud del interesado en la ciudad de Bucaramanga el día **03 de Agosto del 2022.**

Atentamente;

ELCY STELLA RAMIREZ

Representante Legal

SERVIMOS CTA

Vo.Bo. GIV/VM

Centro de Bienestar del Anciano San Pedro Claver de San Gil
Nit 890.211.643-0

LA ADMINISTRADORA DEL CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER DE SAN GIL

CERTIFICA QUE:

La Dra. **CAROLINA AYALA MIRANDA** identificada con la Cédula de Ciudadanía No.37.898.840 expedida en San Gil, realizó sus Prácticas como Estudiante de Psicología en la Entidad que represento, desde el 1º de Agosto hasta el 30 de Noviembre del año 2021.

Durante el desarrollo de dicha práctica, contó con la supervisión y el apoyo de la Psicóloga de Planta, adelantando actividades propias de su profesión, atendiendo grupal e individualmente a 100 ancianos albergados en la modalidad de larga estancia.

Que en el desempeño de sus labores de practica se caracterizó por el cabal cumplimiento de las tareas asignadas, distinguiéndose por su responsabilidad, amabilidad y puntualidad.

Se expide a solicitud de la interesada, en San Gil a los 13 días del mes de Diciembre del año 2022

LUZ ANGELA BARRERA BARRERA
Administradora Centro de Bienestar
Del Anciano San Pedro Claver de San Gil

San Gil, Calle 11 No. 4-29 Telefax 7243553/2748
Email. cbasanpedrosangil@hotmail.com

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **CAROLINA AYALA MIRANDA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **37898740,** se encuentra afiliado/a desde **25/01/2005** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 01 de agosto de 2026.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

201212875

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)

59. Ubicación
Dirección | Teléfono fijo o Celular

Correo Electrónico | Departamento | Municipio / Distrito

60. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- ☐ 3. Actualización del documento de identificación.
- ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código ☐
- ☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero Código ☐
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☑ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ 11. Inscripción EPS retorno al país.
- ☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 14. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 15. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen
- ☐ 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
- ☐ 17. Reporte del trámite de protección al cesante.
- ☐ 18. Reporte de la calidad de Pre- pensionado.
- ☐ 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
- ☐ 20. Ingreso a Contribución Solidaria
- ☐ 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico Femenino Masculino	63. Sexo Identificación F M T NB Otro Cual	64. Fecha de nacimiento

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado Código	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
Sanitas-	03082026		

B. REPORTE DE NOVEDADES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- ☐ 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- ☐ 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- ☐ 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- ☐ 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- ☑ 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- ☑ 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
- ☑ 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- ☐ 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- ☐ 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de documento de identidad	No. del documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique, o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio
X	

X. ANEXOS

- ☐ 82. Anexo copia del documento de identidad Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT
- ☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- ☐ 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- ☐ 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- ☐ 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- ☐ 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- ☐ 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.
- ☐ 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial	Código del municipio	Código del departamento	93. Nombre de la Institución

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario	96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación

EPS Sanitas
NIT. 800.251.440-6
FECHA: 03-08-26
RADICADO: San811
ASESOR:
HORA:

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de radicación	Sticker procesamiento
		653000801 Of San811

EPS Sanitas

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado: D D M M A A A A

201212875

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación ✓ B. Reporte de Novedades

2. Tipo de Afiliación: A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia ✓ - Beneficiario o Afiliado adicional B. Colectiva C. Institucional D. De Oficio

3. Régimen: A. Contributivo ✓ B. Subsidiado

4. Contribución solidaria: Si No

5. Tipo de Afiliado: A. Cotizante ✓ B. Cabeza de Familia C. Beneficiario D. Afiliado adicional

6. Tipo de Cotizante: A. Dependiente B. Independiente ✓ C. Pensionado

7. Código (a registrar por la EPS)

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres
Primer Apellido: Ayala | Segundo Apellido: Miranda | Primer Nombre: Carolina. | Segundo Nombre:

9. Tipo de documento de identidad: CC

10. Número del documento de identidad: 37898740

11. Sexo biológico: Femenino ✓ Masculino

12. Sexo identificación: F ✓ M T NB Otro Cuál

13. Nacionalidad: Colombiana

14. Lugar de nacimiento: País: Colombia | Departamento: Santander | Municipio: San Gil

15. Fecha de nacimiento: 31 07 1980

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia | 17. Comunidad | 18. Discapacidad: Si No — Categoría de discapacidad | 19. Tiene encuesta SISBÉN: Si No | 20. Clasificación SISBÉN: Nivel Grupo | 21. Grupo de población especial

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL | 23. Administradora de Pensiones | 24. Ingreso base de cotización - IBC: $ 1'750.905 | 25. Tarifa Contribución Solidaria

26. Residencia Dirección: Dg 19 Nº 19-17 Apto 301 | Teléfono Fijo:

Teléfono Celular: 3232894143 | Correo Electrónico: carolinaye2miranda@gmail.com

Departamento: Santander | Municipio / Distrito: Socorro. | Localidad / Comuna: | Zona: Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso ✓ Resto Rural

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

28. Tipo de documento de identidad | 29. Número del documento de identidad | 30. Sexo biológico: Femenino Masculino | 31. Sexo identificación: F M T NB Otro Cual | 32. Nacionalidad

33. Lugar de nacimiento: País | Departamento | Municipio | 34. Fecha de nacimiento

Datos Básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

35. Apellidos y nombres

	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico	40. Sexo identificación	41. Lugar de nacimiento: País / Departamento / Municipio	42. Fecha de nacimiento
B1				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual		
B2				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual		
B3				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual		
B4				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual		
B5				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual		

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN	48. Clasificación SISBÉN: Nivel / Grupo	49. Discapacidad: Si No — Categoría de discapacidad	50. Incapacidad permanente
B1					Si No			Si No
B2					Si No			Si No
B3					Si No			Si No
B4					Si No			Si No
B5					Si No			Si No

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/ Distrito	Zona	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B2			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B3			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B4			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B5			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

A. AFILIACIÓN

NEW

CÓDIGO
xxxx
VERSIÓN
xxx

	FORMATO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE-SARLAFT/PADM		
ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN SOCORRO	MACROPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO PROCESO SISTEMA DE GESTIÓN DEL RIESGO	Cod.: GJ-FO-21 Fecha: 05/12/2025	Versión: 02 Página 1 de 1
	FORMATO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE-SARLAFT/PADM SUBPROCESO CONOCIMIENTO, ACTUALIZACION Y REPORTE DE PROVEEDORES Y TRABAJADORES PROCESO SISTEMA DE GESTIÓN DEL RIESGO MACROPROCESO ESTRATÉGICO		

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	31	JULIO	2026	DEPARTAMENTO	Santander	CIUDAD	Socorro

CLASE DE VINCULACIÓN					
Cliente		Proveedor		Colaborador	X

DATOS PERSONA NATURAL

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
CAROLINA		AYALA	MIRANDA

TIPO DE IDENTIFICACIÓN				No. IDENTIFICACIÓN	LUGAR DE EXPEDICIÓN	FECHA DE EXPEDICIÓN
C.C.: X	C.E.	T.I.	OTRO	37898740	SAN GIL	21/8/1998

FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	PROFESIÓN U OFICIO	TELÉFONO CELULAR
31-07-1980	SAN GIL	PSICOLOGA	3232894143

DIRECCIÓN RESIDENCIA	DIAGONAL 19 # 19-17 APT 301

FECHA CORTE DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA (DD/MM/AAAA)	DIA	MES	AÑO

TOTAL ACTIVOS		TOTAL PASIVOS	5.000.000	TOTAL PATRIMONIO	
INGRESOS MENSUALES	5800	EGRESOS MENSUALES	2.000.000	OTROS INGRESOS MENSUALES	0
ESTADO CIVIL	SOLTERA	CORREO ELECTRÓNICO	CAROLINAYALAMIRANDA@GMAIL.COM		

MARQUE CON UNA (X), SEGÚN CORRESPONDA, POR SU PERFIL, CARGO O PROFESIÓN:

¿Maneja recursos públicos?	NO	X	¿Tiene reconocimiento público?	NO	X
¿Ejerce algún grado de poder público?	NO	X	¿Es familiar de una persona públicamente expuesta?	NO	X
Parenteso		Nombre	Cargo		
¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países?				NO	X

DATOS PERSONA JURÍDICA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	NIT	DV

TIPO DE EMPRESA			SECTOR DE LA ECONOMÍA	CIIU
PÚBLICA	PRIVADA	MIXTA		

DIRECCIÓN OFICINA PRINCIPAL	TELÉFONO (S)

FECHA DE CORTE DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA	DIA	MES	AÑO

TOTAL ACTIVOS	TOTAL PASIVOS	TOTAL PATRIMONIO	TIENE SUCURSALES	
			SI	NO

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

TIPO DE IDENTIFICACIÓN					No. IDENTIFICACIÓN
C.C.	C.E.	T.I.	OTRO	CUÁL	

Identificación de Accionistas que tengan directa o indirectamente más del 5% del Capital Social, Aporte o Participación.

Nombre Completo	Tipo ID	Número ID	Participacion Accionaria (%)	¿Por su actividad o cargo goza de Reconocimiento Público, Poder Público y/o maneja Recursos Públicos? Marque SI o NO y especifique.

ELABORO/MODIFICO		REVISÓ	APROBÓ
NOMBRE			
CARGO			
FECHA			

Según el Decreto 830 de 2021, ¿usted como persona expuesta políticamente – PEP ya se encuentra registrado en el SIGEP del Departamento Administrativo de la Función Pública?	SI	NO

ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza transacciones en Moneda Extranjera?	SI	NO X	CUÁL
¿Posee productos Financieros en el Exterior?	SI	NO X	CUÁL

PRODUCTO	NÚMERO PRODUCTO	MONEDA	MONTO	ENTIDAD	CIUDAD	PAÍS

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

Mi actividad, profesión u oficio de la persona Natural o Jurídica es lícita, se ejerce dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano. La información suministrada en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente, o antes si se modifica por lo menos un campo de informacion, en especial informacion financiera o si es juzgado por un delito. Los recursos que se deriven de esta relación contractual no se destinarán a delitos fuente relacionados con Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo o Financiacion de la proliferacion de Armas de Destruccion Masiva - LA/FT/FPADM, Corrupcion, Opacidad, Fraude, Soborno o el apoyo a actividades terroristas.

Manifiesto que no he sido declarado responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la Administración Pública cuya pena sea privativa de la libertad o que afecten el patrimonio del Estado o por delitos fuente relacionados con LA/FT/FPADM, o la pertenencia, promoción o financiación de grupos ilegales, delitos de lesa humanidad, narcotráfico, soborno, fraude, opacidad o corrupción.

Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):

Origen de Fondos:

CONSIDERACIONES Y AUTORIZACIONES

Los datos personales solicitados en el presente formato de conocimiento del cliente - SARLAFT/PADM son recogidos atendiendo las disposiciones e instrucciones de la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para prevenir y controlar el Lavado de Activos, la Financiación del Terrorismo y la Financiacion de la Proliferacion de Armas de Destruccion Masiva - LA/FT/FPADM.

Que conforme con lo dispuesto por el literal b) de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del Lavado de Activos y el Financiamiento del Terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular.

Capital Salud EPS podrá terminar unilateral e inmediatamente el vínculo contractual, al proveedor o colaborador, cuando:

* Aparezcan vinculados y juzgados por parte de las autoridades competentes a cualquier tipo de investigación o delito relacionado con LA/FT/FPADM y sus delitos fuente; ademas por testaferrato, corrupcion, opacidad, fraude o soborno.

* Sean incluidos en listas vinculantes de acuerdo con lo estipulado en la C.E. 009 de 2016, C.E. 5-5 de 2021 - SARLAFT/PADM de la Superintendencia Nacional de Salud.

FIRMA Y HUELLA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es veraz y exacta en todas sus partes, firmo el presente documento a los 03_días del mes de AGOSTO del año 2026, en la ciudad de SOCORRO	FIRMA PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL	 HUELLA ÍNDICE DERECHO

Todos los espacios del formato deben quedar diligenciados, por lo tanto en aquellos que no tenga información por favor escriba N.A. (No Aplica).

	ELABORO/MODIFICO	REVISÓ	APROBÓ
NOMBRE	CAROLINA AYALA MIRANDA		
CARGO	PSICOLOGA		
FECHA	3/8/2026		

POSITIVA

CER_AFI_2026030239591

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

CAROLINA AYALA MIRANDA identificado con CC. 37898740 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

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

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/08/10	**Fecha inicio contrato**	2026/08/10
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/12/27
Riesgo	3	**Código actividad económica**	3861001 - Actividades de hospitales y clinicas, con internacion, comprende las actividades que consisten principalmente en
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	2026/12/27	**Estado del contrato**	Inactiva

Esta certificación se expide a los 6 días del mes de agosto 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: **CC06082026N37898740A20867023.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

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

Socorro, 04 de agosto de 2026

Doctor
Robinson Sarmiento García
Gerente
E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltrán

ASUNTO: INFORME DE VERFICACIÓN DE REQUISITOS- CONDICIONES Y CALIDADES DE LOS OFERENTES.

MODALIDAD: PROCESO DE CONTRATACIÓN DIRECTA

OBJETO: **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN PSICOLOGÍA PARA APOYAR LA EJECUCIÓN DE LAS ACCIONES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) DEPARTAMENTALES EN EL MUNICIPIO DEL SOCORRO, EN CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO No. CO1.PCCNTR.9584665 DE 2026, SUSCRITO ENTRE LA SECRETARÍA DE SALUD DE SANTANDER Y LA E.S.E. HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRÁN."**

PRESUPUESTO OFICIAL: **DIECINUEVE MILLONES DE PESOS M/CTE ($19.000.000).**

A continuación, se procede a realizar la verificación de los requisitos condiciones y calidad del oferente: Carolina Ayala Miranda

PROPONENTE: Carolina Ayala Miranda		
	CUMPLE	
REQUISITOS DE ORDEN LEGAL	**SI**	**NO**
CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA O COTIZACION DEL BIEN O SERVICIO A OFERTAR.	**X**	
CEDULA DE CIUDADANIA DEL PROPONENTE. Fotocopia de la cedula de ciudadanía del proponente si es persona natural o del representante legal del proponente, si es persona jurídica.	**X**	

LIBRETA MILITAR DEL PROPONENTE O REPRESENTANTE LEGAL. En cao de ser persona Jurídica, menor de 50 años,		NA
HOJA DE VIDA FUNCIÓN PÚBLICA PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL.	X	
RUT ACTUALIZADO. Se debe anexar el Registro Único Tributario expedido por la DIAN de las personas naturales, de las personas jurídicas, y de cada uno de los integrantes de las uniones Temporales y Consorcios que llegaren a presentarse.	X	
CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL. los proponentes Personas Jurídicas, deberán acreditar su existencia y Representación Legal, mediante la presentación del Certificado otorgado por la Cámara de Comercio o por la entidad competente, con fecha de expedición no superior a 30 días, contados retroactivamente a partir de la fecha de cierre del presente proceso, dicho certificado debe estar renovado y vigente a la fecha de la presentación de la oferta. En caso de que el Proponente sea Persona Natural, deberá estar inscrito en la Cámara de Comercio, para lo cual debe presentar el respectivo Registro Mercantil.		NA
CERTIFICADO MEDIDAS CORRECTIVAS PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL PERSONA JURÍDICA	X	
ANTECEDENTES JUDICIALES PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL PERSONA JURIDICA. Ningún Proponente, podrá presentar antecedentes judiciales vigentes que impliquen inhabilidad para contratar con e estado, a la fecha establecida para el cierre del presente proceso, para lo cual es proponente deberá adjuntar dicho certificado.	X	
ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL PERSONA JURIDICA. Ningún proponente, podrá presentar antecedentes disciplinario-vigentes que implique inhabilidad para contratar con el estado, a la fecha establecida para el cierre del presente proceso, de conformidad con lo establecido en la Ley 1238 de 2008, para lo cual el proponente deberá adjuntar dicho certificado.	X	
ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS EMPRESA / PERSONA JURÍDICA. Ningún proponente, podrá presentar antecedentes disciplinarios vigentes que impliquen inhabilidad para contratar con el estado, a la fecha establecida para el cierre del presente proceso, de conformidad con lo establecido en el Ley 1238 de 2008, para lo cual el proponente deberá adjuntar dicho certificado.		NA
ANTECEDENTES FISCALES PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL PERSONA JURIDICA. De conformidad con lo consagrado en el artículo 60 Ley 610 de 2000 y el parágrafo primero del artículo 38 de la Ley 734 de	X	

2002, ningún proponente, podrá estar registrado en el boletín de responsables Fiscales de la Contraloría General de la Republica vigente a la fecha de cierre del presente proceso, para lo cual el proponente deberá adjuntar dicho certificado. Para el caso de consorcios o Uniones Temporales cada uno de los miembros que lo componen debe cumplir con este requisito.		
ANTECEDENTES FISCALES EMPRESA / PERSONA JURIDICA. De conformidad con lo consagrado en el artículo 60 Ley 610 de 2000 y el parágrafo primero del artículo 38 de la Ley 734 de 2002, ningún proponente, podrá estar registrado en el Boletín de responsables Fiscales de la Contraloría General de la Republica vigente a la fecha de cierre del presente proceso, para lo cual el proponente deberá adjuntar dicho certificado. Para el caso de Consorcios Uniones Temporales cada uno de los miembros que lo componen debe cumplir con este requisito.		NA
CERTIFICADO DE INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES CONTRA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES.	X	
REDAM-REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS		
CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES. El proponente debe acreditar que se encuentra al día en el pago de Seguridad Social Integral, así como los parafiscales de Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), de la caja de Compensación Familiar cuando a ello hubiere lugar. Cuando se trate de un oferente que actúa en calidad de persona jurídica directamente o en Consorcio o Unión Temporal, deberá anexar una certificación expedida por el Revisor Fiscal, cuando éste exista de acuerdo con los requerimientos de Ley, o por el Representante Legal de la sociedad, en la que se acredite el pago de los aportes de sus empleados, a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), cuando a ello hubiere lugar, correspondiente a los últimos seis (6) meses. Los proponentes, personas naturales, deberán manifestar expresamente bajo la gravedad del juramento, en documento separado presentado con la oferta, si tiene o no a su cargo un número de personas que de acuerdo con cada uno de los regímenes de pensiones, salud, aportes a las cajas de compensación familiar, ICBF y SENA, le hacen obligatoria la afiliación y pago por sus trabajadores a esos sistemas, adicionalmente deberán acreditar el pago de los aportes parafiscales y seguridad social de los últimos seis meses.		X
DECLARACIÓN JURAMENTADA INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES Y COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN. Podrán participar en el presente	X	

proceso las personas en las cuales NO se tipifique alguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad consagradas en la Constitución y la Ley. En caso de presentarse inhabilidades o incompatibilidades sobrevivientes dentro del presente proceso, se entenderá que la proponente renuncia a la participación en dicho proceso y a los derechos que surgieren del mismo. Igualmente deberá registrar la información en el compromiso anticorrupción.		

EXPERIENCIA	CUMPLE SI / NO
Acreditar experiencia específica en actividades iguales o similares al objeto del presente proceso de contratación, que deberá ser acreditada presentando una certificación de contrato y/o acta de liquidación.	**SI**

Dado en Socorro, a los cuatro (04) días del mes de agosto de 2026

JUAN CARLOS PEÑA MARTINEZ
Subdirector Científico
E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltran

Proyectó: Sayla Vanessa Cabezas Ortiz/ Apoyo Prof. Oficina Asesora Jurídica

Revisó: Hernan Adolfo Bruges siosi/ Jefe Oficina Asesora Jurídica