Villavicencio, 14 agosto de 2026

SEÑOR:
PRESIDENTE
CONCEJO MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO
E. S. D.

De manera atenta me permito someter a consideración del Concejo Municipal, propuesta para la celebración de un Contrato de Prestación de Servicios, de acuerdo con las siguientes condiciones:

OBJETO: "PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL MANEJO, SEGUIMIENTO, EVALUACION Y AJUSTE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO BAJO LA NORMA NTC-ISO 45001:2018.".

VALOR: Hasta por la suma total de **CATORCE MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS VEINTE PESOS MCTE. ($14.965.920),** incluidos impuestos, tasas, contribuciones, costos directos e indirectos a que haya lugar.

Para el cabal cumplimiento del objeto contractual se desarrollarán las siguientes obligaciones:

Planeación, implementación y mejora continua del SG-SST. Elaborar, ejecutar y realizar seguimiento al Plan de Trabajo Anual del SG-SST, garantizando el cumplimiento de la normatividad vigente, los Estándares Mínimos y los lineamientos institucionales, así como la formulación, ejecución y seguimiento de los planes de mejora derivados del sistema.

2. Identificación de peligros, evaluación y control de riesgos. Actualizar y realizar seguimiento a la Matriz de Identificación de Peligros, Evaluación y Control de Riesgos, focalizando la intervención en los riesgos prioritarios y definiendo e implementando acciones preventivas y correctivas derivadas de inspecciones, mediciones de indicadores, supervisión del sistema y recomendaciones del COPASST.

3. Capacitación, sensibilización y promoción de la salud. Diseñar, ejecutar y evaluar el Programa Anual de Capacitación en Promoción y Prevención, garantizando su cobertura a todos los niveles de la Corporación, promoviendo la participación y consulta de la política y objetivos del SG-SST, así como programas de estilos de vida y entornos saludables, incluyendo campañas de prevención del consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas.

4. Gestión preventiva, incidentes y accidentes de trabajo. Brindar orientación técnica permanente en materia de prevención conforme a los riesgos prioritarios; apoyar la investigación de incidentes y accidentes de trabajo, realizar los reportes requeridos y efectuar seguimiento a las acciones correctivas informando oportunamente a la Presidencia y Secretaria General sobre situaciones que puedan afectar la seguridad y salud de los trabajadores, contratistas y visitantes.

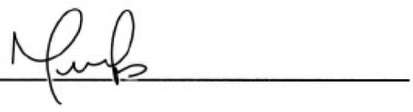
5. Coordinación y asesoría a instancias del SG-SST. Asesorar y apoyar técnica y operativamente al COPASST, Comité de Convivencia Laboral y Brigada de Emergencias, acompañando el desarrollo de sus actividades, emitiendo conceptos técnicos, formulando recomendaciones y fortaleciendo su funcionamiento conforme a la normatividad aplicable.

6. Gestión documental, indicadores y relación con entes externos. Elaborar, actualizar y custodiar la documentación del SG-SST, realizar el seguimiento y el reporte a los indicadores del sistema, y atender las visitas, requerimientos y recomendaciones de la ARL y de las entidades de inspección, vigilancia y control, presentando los informes técnicos correspondientes. Asimismo,

organizar y entregar las carpetas físicas y archivos digitales requeridos con la información generada para el cumplimiento del objeto contractual.
7. Auditoría interna y seguimiento al desempeño del SG-SST. Planear, ejecutar y documentar las Auditorías Internas del SG-SST, verificar el cumplimiento normativo y de los estándares adoptados por la entidad, realizar seguimiento a los hallazgos y acciones de mejora, y apoyar técnicamente los procesos precontractuales de la Corporación relacionados con su área de competencia.

Igualmente, manifiesto bajo la gravedad de juramento, que no me encuentro dentro de las causales de inhabilidades e incompatibilidades, del orden constitucional o legal, para la suscripción de contratos con la administración pública; que conozco y acepto los términos contenidos en los estudios previos, así como la designación de los riesgos derivados del mismo.

Cordialmente,



Firma
Nombre: YUDI AMPARO TORRES BOJACA
CC: 40.218.827 expedida en Villavicencio (Meta)

CONCEJO MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO	CONCEJO MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO	CODIGO:	FOR-GESAD-20
	PROCESO GESTIÓN ADMINISTRATIVA	VERSIÓN	7
	FORMATO LISTA DE CHEQUEO CONTRATACION DIRECTA - CPS	VIGENCIA	15-05-2025
		Página 1 de 1	

CONTRATO No. _____ DURACION: _____

	No.	REQUISITO	FECHA	CUMPLE			OBSERVACION
				SI	NO	NA	
PRECONTRACTUAL	1	PEDIDO DE NECESIDAD, CON CERTIFICACION DE NO EXISTENCIA DE PERSONAL.					
	2	SOLICITUD DE C D P					
	3	C D P					
	4	ESTUDIO PREVIO					
	5	PROPUESTA					
	6	AUTORIZACION PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES		✓			
	7 ✓	HOJA DE VIDA SIGEP FIRMADA POR PRESIDENCIA		✓			
	8 ✓	DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y CONFLICTO DE INTERÉS (LEY 213/2019)		✓			
	9 ✓	CEDULA DE CIUDADNIA		✓			
	10 ✓	RUT- ACTUALIZADO		✓			
	11	CERTIFICADO DE SITUACION MILITAR				X	
	12 –	ACTA DE GRADO Y CERTIFICADOS DE ESTUDIO		✓			
	13 –	TARJETA PROFESIONAL (si aplica)		✓			lic
	14	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS DE LA PROFESION				X	
	15	CERTIFICADOS LABORALES		✓			
	16	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS (PROCURADURIA)		✓			
	17	ANTECEDENTES FISCALES (CONTRALORIA)		✓			
	18	ANTECEDENTES JUDICIALES		✓			
	19	SISTEMA REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS		✓			
	20	AUTORIZACION PARA LA CONSULTA DE INHABILIDAEDES DELITOS SEXUALES					
	21	CONSULTA EN LINEA INHABILIDAEDES DELITOS SEXUALES		✓			
	22	CERTIFICADO DE AFILIACION SALUD		✓			
	23	CERTIFICADO DE AFILIACION PENSIÓN		✓			
	24	CERTIFICADO REDAM		✓			
	25	CERTIFICADO MEDICO - APTITUD OCUPACIONAL		✓			
	26	CERTIFICADO DE IDONEIDAD Y EXPERIENCIA - CONTRATACIÓN DIRECTA					
	27	MINUTA					
	28	REGISTRO PRESUPUESTAL					
	29	DESIGNACION SUPERVISOR					
	30	ACTA DE INICIO					
	31	CERTIFICADO A.R.L.					
CONTRACTUAL	32	CUENTA DE COBRO O FACTURA DE VENTA SI ES RÉGIMEN COMÚN					
	33	PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL (RÉGIMEN SIMPLIFICADO) Y/O CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES (RÉGIMEN COMÚN)					
	34	INFORME DE ACTIVIDADES. (FOR-GESAD-12)					
	35	CERTIFICACIÓN JURAMENTADA DE RETENCIÓN POR RENTAS LABORARES (**SOLAMENTE PERSONAS NATURALES PRIMER PAGO CUANDO APLIQUE)** (FOR-GESFIN-41)					
	36	COPIA PRIMER HOJA DE RUT (SOLO EN CASO DE ACTUALIZACIÓN)					
	37	MINUTA U ORDEN DE COMPRA SEGÚN CORRESPONDA (SOLO EN CASO DE MODIFICACIONES)					
	38	COPIA DE CERTIFICACIÓN DE CUENTA BANCARIA A NOMBRE DEL CONTRATISTA **(PRIMER O ÚNICO PAGO Y EN CASO DE MODIFICACIONES)** APLICA SOLO PARA PAGO POR MEDIO DE TRANSFERENCIA BANCARIA					
	39	**NOTA: A LA ENTREGA DE LA CERTIFICACIÓN, ESTA NO PUEDE SER MAYOR A 3 MESES DE SU EXPEDICIÓN.**					
	40	INFORME DE SUPERVISIÓN (FOR-GESAD-42)					
	41	ORDEN DE PAGO					

los siete (7) corregimientos del municipio de Villavicencio, con el fin de ampliar la cobertura de estas acciones y garantizar la participación ciudadana en el proceso de elección de Jueces de Paz y Jueces de Paz de Reconsideración

ARTÍCULO SÉPTIMO. PERÍODO. Los Jueces de Paz y Jueces de Paz de Reconsideración elegidos ejercerán sus funciones por un período de cinco (5) años, reelegibles indefinidamente, de conformidad con el artículo 13 de la Ley 497 de 1999.

ARTÍCULO OCTAVO. FINANCIACIÓN. Autorícese al Alcalde Municipal de Villavicencio para adelantar las apropiaciones presupuestales necesarias para garantizar el desarrollo del proceso electoral convocado mediante el presente acuerdo.

ARTÍCULO NOVENO. VIGENCIA. El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su sanción y publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

PUBLÍQUESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.

El Concejo Municipal de Villavicencio será el responsable del tratamiento y en tal virtud, podrá recolectar, almacenar, usar conforme a la Política de Tratamiento de Datos Personales y se encontrará disponible en la página web de la Corporación.

Manifiesto que me informaron que en caso de recolección de mi información sensible, tengo derecho a contestar o no las preguntas que me formulen y a entregar o no los datos solicitados. Si_____ No._____

Datos sensibles son aquellos que afectan la intimidad del titular o cuyo uso indebido puede generar discriminación (orientación política, convicciones religiosas o filosóficas, datos relativos a la salud, a la vida sexual y los datos biométricos).Si_____ No._____

Manifiesto que me informaron que los datos sensibles que se recolectarán serán utilizados para las siguientes finalidades:

FINALIDAD	AUTORIZA	
	SI	NO
Contactar al titular a través de medios electrónicos SMS o chat para envío de noticias relacionadas con las sesiones o actividades de la Corporación.		
Gestionar trámites (solicitudes, quejas, reclamos)		
Contactar al titular a través de correo electrónico para envío de extractos, estados de cuenta, o facturas en relación con las obligaciones derivadas del Contrato celebrado entre las partes.		
Dar cumplimiento de las obligaciones contraídas por el Concejo Municipal de Villavicencio con el titular de la información con relación al pago de salarios, prestaciones sociales y demás retribuciones consagradas en el contrato de trabajo o según lo disponga la Ley.		
Suministrar la información a terceros con los cuales el Concejo Municipal de Villavicencio tenga relación contractual y que sea necesario entregársela para el cumplimiento del objeto contratado.		

DERECHOS DEL TITULAR

Sus derechos como titular del dato son los previstos en la constitución y en la ley 1581 de 2012, especialmente los siguientes:

a) Acceder en forma gratuita a los datos proporcionados que hayan sido objeto de tratamiento.

b) Solicitar la actualización y rectificación de su información frente a datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, a aquellos cuyo tratamiento esté prohibido o no haya sido autorizado.

c) Solicitar prueba de la autorización otorgada.

d) Presentar ante la Superintendencia de industria y Comercio (SIC) quejas por infracciones a lo dispuesto en la normatividad vigente.

e) Revocar la autorización y/o solicitar supresión del dato, a menos que exista un deber legal o contractual que haga imperativo conservar la información.

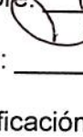
f) Abstenerse a responder las preguntas sobre datos sensibles o sobre datos de las niñas y niños y adolescentes.

Estos derechos los podre ejercer a través de los canales o medios dispuestos por el Concejo Municipal de Villavicencio para la atención al público, la línea de atención (8) 6626295, el correo electrónico ventanillaunica@concejodevillavicencio.gov.co y las oficinas de atención, cuya información puedo consultar en www.concejodevillavicencio.gov.co, disponibles de lunes a viernes de 7:30 a.m. a 5:00 p.m., para la atención de requerimientos relacionados con el tratamiento de mis datos personales y el ejercicio de los derechos mencionados en esta autorización.

Por todo lo anterior, he otorgado mi consentimiento al Concejo Municipal de Villavicencio para que trate mi información personal de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales dispuesta en medio físico o electrónico y que me dio a conocer antes de recolectar mis datos personales.

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

Nombre: Yadi Amparo Torres Bojacá

Firma: 

Identificación: 40219827

Fecha: _____

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
Torres	Bojaca	Yudi Amparo

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 40218827	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 30 MES 12 AÑO 1982	CARRERA 38A 21 64 SUR BARRIO NUEVO HORIZONTE			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	META
DEPTO	META	MUNICIPIO	VILLAVICENCIO		
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO	TELÉFONO	3212067046	EMAIL	yudito19@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	1998
										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	
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN HSEQ - SISTEMAS INTEGRADOS DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL AMBIENTAL Y CALIDAD	06	2022	
PREGRADO	10	X		SALUD OCUPACIONAL	04	2013	8840

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)

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
ARL SURA	EDUCACIÓN INFORMAL	50	X		capacitacion virtual SGSST	12	2023
FUNCION PUBLICA	EDUCACIÓN INFORMAL		X		AUDITORIA DEL CURSO VIRTUAL MIPG	05	2025
FUNCION PUBLICA	EDUCACIÓN INFORMAL		X		MODELO INTEGRADO DE PLANEACION Y GESTION MIPG	05	2025
FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA	EDUCACIÓN INFORMAL	48	X		HUMANIZACION EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	05	2025
FUNCION PUBLICA	EDUCACIÓN INFORMAL		X		fundamentos generales del curso virtual MIPG	05	2025

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 VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD Cargando...			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META		*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6740121	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	05	*Año*	2022	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINADOR SALUD OCUACIONAL	*DEPENDENCIA* AREA DE SALUD OCUPACIONAL						*DIRECCIÓN* CALLE 15 40 1 CENTRO COMERCIAL PRIMAVERA OFI 707					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CONCEJO DE VILLAVICENCIO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3212067046	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	28	*Mes*	11	*Año*	2025	*Día*	27	*Mes*	12	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFNAL EN SALUD OCUPACIONAL	*DEPENDENCIA* AREA DE SEGURIDAD Y SALUD EN E						*DIRECCIÓN* CALLE 40 32 38 piso 1 edificio comite de ganaderos					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CONCEJO DE VILLAVICENCIO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3212067046	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	06	*Año*	2025	*Día*	03	*Mes*	10	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL EN SST	*DEPENDENCIA* SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SST						*DIRECCIÓN* CALLE 40 32 38 edificio comite de ganaderos					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* ACACÍAS						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6560000	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	09	*Año*	2024	*Día*	17	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROF EN SALUD OCUPACIONAL	*DEPENDENCIA* AREA DE SALUD OCUPACIONAL						*DIRECCIÓN* DIAGONAL 15 26 21 BARRIO SAN JOSE					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* ACACÍAS						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6590000	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	05	*Año*	2024	*Día*	01	*Mes*	08	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROF EN SALUD OCUPACIONAL	*DEPENDENCIA* AREA DE SALUD OCUPACIONAL						*DIRECCIÓN* DIAGONAL 15 26 21 BARRIO SAN JOSE					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* ACACÍAS						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6560160	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	03	*Año*	2024	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL SALUD OCUPACIONAL	*DEPENDENCIA* AREA DE SALUD OCUPACIONAL						*DIRECCIÓN* DIAGONAL 15 26 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 MUNICIPAL DE ACACIAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* ACACÍAS						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6590000	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	01	*Año*	2024	*Día*	29	*Mes*	02	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL SST	*DEPENDENCIA* AREA DE SEGURIDAD OCUPACIONAL						*DIRECCIÓN* DIAGONAL 15 26 21 BARRIO SAN JOSE					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* ACACÍAS						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6590000	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2023	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROF EN SALUD OCUPACIONAL	*DEPENDENCIA* AREA DE SALUD OCUPACIONAL						*DIRECCIÓN* DIAGONAL 15 26 21 barrio san jose					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* ACACÍAS						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3212067046	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	05	*Año*	2023	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROF EN SALUD OCUPACIONAL	*DEPENDENCIA* SALUD OCUPACIONAL						*DIRECCIÓN* DIAGONAL 15 26 21					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* ACACÍAS						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3212067046	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	03	*Año*	2023	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFFESIONAL SALUD OCUPACIONAL	*DEPENDENCIA* AREA DE SALUD OCUPACIONAL						*DIRECCIÓN* DIAGONAL 15 26 21					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* ACACÍAS						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3212067046	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	01	*Año*	2023	*Día*	28	*Mes*	02	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL SST	*DEPENDENCIA* SEGUIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO						*DIRECCIÓN* DIAGONAL 15 26 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 MUNICIPAL DE ACACIAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* ACACÍAS						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL	*DEPENDENCIA* COORDINACION SEGURIDAD Y SALUD						*DIRECCIÓN* DIAGONAL 15 26 21					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL GUAMAL			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* GUAMAL						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6755038	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROF EN SALUD OCUPACIONAL	*DEPENDENCIA* AREA DE SALUD OCUPACIONAL						*DIRECCIÓN* CARRERA 7 14 28 barrio los fundadores					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* ACACÍAS						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6560160	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	01	*Año*	2022	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONA SALUD OCUPACIONAL	*DEPENDENCIA* AREA DE SALUD OCUPACIONAL						*DIRECCIÓN* DIAGONAL 15 26 21					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* ACACÍAS						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6560160	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2021	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFFESIONAL SALUD OCUPACIONAL	*DEPENDENCIA* SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJ						*DIRECCIÓN* acacias					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* ACACÍAS						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6560160	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	2021	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL SST	*DEPENDENCIA* SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJ						*DIRECCIÓN* DIAGONAL 15N 26 21 Barrio San José					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* ACACÍAS						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6560160	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2021	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL SST	*DEPENDENCIA* SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJ						*DIRECCIÓN* DIAGONAL 15N 26 21 Barrio San José					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* ACACÍAS						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6560160	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2021	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL SST	*DEPENDENCIA* SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJ						*DIRECCIÓN* DIAGONAL 15N 26 21 Barrio San José					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* ACACÍAS						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6560160	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	10	*Año*	2020	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL SST	*DEPENDENCIA* SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJ						*DIRECCIÓN* DIAGONAL 15N 26 21					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* ACACÍAS						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6560160	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	08	*Año*	2020	*Día*	02	*Mes*	10	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL SST	*DEPENDENCIA* SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJ						*DIRECCIÓN* DIAGONAL 15N 26 21					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* ACACÍAS						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6560160	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	05	*Año*	2020	*Día*	02	*Mes*	08	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL SST	*DEPENDENCIA* SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJ						*DIRECCIÓN* DIAGONAL 15N 26 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 MUNICIPAL DE ACACIAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* ACACÍAS						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6560160	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	04	*Año*	2020	*Día*	02	*Mes*	05	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL SST	*DEPENDENCIA* SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJ						*DIRECCIÓN* DIAGONAL 15N 26 21					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* ACACÍAS						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6560160	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	01	*Año*	2020	*Día*	14	*Mes*	03	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL SST	*DEPENDENCIA* SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJ						*DIRECCIÓN* DIAGONAL 15N 26 21 Barrio San José					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* ACACÍAS						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6560028	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2019	*Día*	15	*Mes*	12	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL SST	*DEPENDENCIA* SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJ						*DIRECCIÓN* DIAGONAL 15N ° 26 -21 B. San Jose.					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* ACACÍAS						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6560160	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	03	*Año*	2019	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL SALUD OCUPACIONAL	*DEPENDENCIA* AREA DE SALUD OCUPACIONAL						*DIRECCIÓN* DIAGONAL 16 26 21					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6560160	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	01	*Año*	2019	*Día*	28	*Mes*	02	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL SALUD OCUPACIONAL	*DEPENDENCIA* AREA DE SALUD OCUPACIONAL						*DIRECCIÓN* DIAGONAL 15 26 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 MUNICIPAL DE ACACIAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6560160	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	11	*Año*	2018	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROF SALUD OCUPACIONAL	*DEPENDENCIA* AREA DE SALUD OCUPACIONAL						*DIRECCIÓN* DIAGONAL 15 26 21					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6560160	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	09	*Año*	2018	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL SALUD OCUAPCIONAL	*DEPENDENCIA* AREA DE SALUD OCUPACIONAL						*DIRECCIÓN* DIAGONAL 15 26 21					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6560160	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	07	*Año*	2018	*Día*	01	*Mes*	09	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL SALUD OCUPACIONAL	*DEPENDENCIA* AREA DE SALUD OCUPACIONAL						*DIRECCIÓN* DIAGONAL 15 26 21					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* ACACÍAS						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6560160	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	25	*Mes*	01	*Año*	2018	*Día*	24	*Mes*	06	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL SST	*DEPENDENCIA* SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJ						*DIRECCIÓN* CALLE 8N 6 50 BARRIO GAITAN					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3153347467	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2017	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROF EN SALUD OCUPACIONAL	*DEPENDENCIA* AREA DE SALUD OCUPACIONAL						*DIRECCIÓN* DIAGONAL 16 26 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 MUNICIPAL DE ACACIAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3153347567	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	06	*Año*	2017	*Día*	01	*Mes*	09	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL SALUD OCUPACIONAL	*DEPENDENCIA* AREA DE SALUD OCUPACIONAL						*DIRECCIÓN* DIAGONAL 15 26 21					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3153347567	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	05	*Año*	2017	*Día*	01	*Mes*	06	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFFESIONAL SALUD OCUPACIONAL	*DEPENDENCIA* AREA DE SALUD OCUPACIONAL						*DIRECCIÓN* DIAGONAL 15 26 21 barrio san jose					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3153347467	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	03	*Año*	2017	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROF EN SALUD OCUPACIONAL	*DEPENDENCIA* AREA DE SALUD OCUPACIONAL						*DIRECCIÓN* DIAGONAL 15 26 21 barrio san jose					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* ACACÍAS						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6560160	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	01	*Año*	2017	*Día*	28	*Mes*	02	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROF. DE SALUD OCUPACIONAL	*DEPENDENCIA* AREA DE SALUD OCUPACIONAL						*DIRECCIÓN* DIAGONAL 15 26 21					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* ACACÍAS						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6560160	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	06	*Mes*	10	*Año*	2016	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL SST	*DEPENDENCIA* SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJ						*DIRECCIÓN* CALLE 15N ° 26 -21 BARRIO SAN JOSE					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6688061	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	01	*Año*	2006	*Día*	28	*Mes*	02	*Año*	2006
CARGO O CONTRATO ACTUAL 050 AUXILIAR ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* AUDITORIA CUENTAS MEDICAS						*DIRECCIÓN* CALLE 37A 28 56 BARZAL ALTO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6688061	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	12	*Año*	2005	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2005
CARGO O CONTRATO ACTUAL 050 AUXILIAR ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* CUENTAS MEDICAS						*DIRECCIÓN* CALLE 37A 28 56 BARZAL ALTO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6688061	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	08	*Año*	2005	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2005
CARGO O CONTRATO ACTUAL 050 AUXILIAR ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* AUDITORA CUENTAS MEDICAS						*DIRECCIÓN* CALLE 37A 28 56 BARZAL ALTO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6688061	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2005	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2005
CARGO O CONTRATO ACTUAL 050 AUXILIAR ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* AUDITOIRA CUENTAS MEDICAS						*DIRECCIÓN* CALLE 37A 28 56 barzal alto					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6688061	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2005	*Día*	28	*Mes*	02	*Año*	2005
CARGO O CONTRATO ACTUAL 050 AUXILIAR ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* AUDITORIA CUENTAS MEDICA						*DIRECCIÓN* CALLE 37A 28 56 barzal alto					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6688061	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	12	*Año*	2004	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2004
CARGO O CONTRATO ACTUAL 050 AUXILIAR ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS						*DIRECCIÓN* CALLE 37A ° 28 -56 BARZAL ALTO					

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*					

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	8	10
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	10
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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 V/cio Agosto 10 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.

Villavicencio 13/08/2026

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

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	OTRO	Fecha de publicación	2026-08-11 22:18

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
YUDI	AMPARO	TORRES	BOJACA

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	40218827

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	VILLAVICENCIO

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	VILLAVICENCIO

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	CONCEJO DE VILLAVICENCIO

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	VILLAVICENCIO

Dirección	["Calle 40 No. 32-38\r\nEdificio Comité de Ganaderos"]
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	$29.640.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	$50.360.000,00
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$80.000.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$300.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
MOTO	COLOMBIA	META	VILLAVICENCIO	$4.000.000,00
VEHICULO	COLOMBIA	META	VILLAVICENCIO	$50.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
CREDITO	$38.000.000,00

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:

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 40.218.827



Apellidos
TORRES BOJACA

Nombres
YUDI AMPARO

Nacionalidad
COL

Estatura
1.64

Sexo
F

Fecha de nacimiento
30 DIC 1982

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
VILLAVICENCIO (META)

Fecha y lugar de expedición
26 ENE 2001, VILLAVICENCIO

Fecha de expiración
13 ENE 2036

Firma

.CO

087756085

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL087756085052001<<<<<<<<<<
8212306F3601132COL40218827<<<6
TORRES<BOJACA<<YUDI<AMPARO<<<<

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141260732126

(415)7707212489984(8020) 000014126073212 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
4 0 2 1 8 8 2 7	7	Impuestos y Aduanas de Villavicencio 2 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	40218827	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Meta 5 0	Villavicencio 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
TORRES	BOJACA	YUDI	AMPARO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Meta 5 0	Villavicencio 0 0 1

41. Dirección principal
CR 38 A 21 64 BRR NUEVO HORIZONTE

42. Correo electrónico yudito19@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 1 2 0 6 7 0 4 6	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 2	51. Código	52. Número establecimientos
7 0 2 0	2 0 1 1 0 4 2 7	7 4 9 0	2 0 1 1 0 4 2 7	9 6 0 9	3 2 2 2	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 5 4 9

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros	Exportadores
54. Código (1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 / 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20)	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 2026-07-08 / 04:57:28PM

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre TORRES BOJACA YUDI AMPARO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 10-08-2026 03:56:53PM

Acta de Grado

INSTITUTO DEL CENTRO CULTURAL DE VILLAVICENCIO

Carrera 28 No. 35-15 Tel.: 6626731

Inscripción S.E. 5113007 DANE 35000100895

En la ciudad de ***VILLAVICENCIO*** *a los 01 dias del mes de diciembre del año 1998 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoria del* ***INSTITUTO DEL CENTRO CULTURAL DE VILLAVICENCIO.***

Institución aprobada hasta Nueva Visita en el nivel de ***Educación Media Vocacional*** *y autorizada por el* ***Gobierno Departamental del Meta*** *para otorgar el Titulo de Bachiller en la Modalidad* AUXILIAR DE CONTABILIDAD
según ***RESOLUCION*** *No. 0862 del 05 de agosto de 1998.*

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos, que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el TITULO DE BACHILLER EN AUXILIAR DE CONTABILIDAD.
al graduando cuyo nombre, apellidos y número del documento de identificación se relacionan a continuación:

YUDI AMPARO TORRES BOJACA T.I. 821230-05017 DE VILLAVICENCIO

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 16 *de fecha 01 de diciembre de 1998 que consta de* 97 *alumnos que comienza con el nombre de* CESAR AUGUSTO ACEVEDO JARA.
y se cierra con el nombre de JULIO CESAR VASQUEZ.

Firmado y Sellado por JULIO HERNANDO PARRADO RODRIGUEZ (Rector) y FLOR ELENA PERDOMO ROA (Secretaria).

Dada en Villavicencio a los 01 dias del mes de diciembre de 1998

Firmado y Sellado

JULIO HERNANDO PARRADO
C.C. No. 219.412 de Choachi
Rector

FLOR ELENA PERDOMO ROA
C.C. 40.440.643 de Villavicencio
Secretaria

La República de Colombia
y en su nombre

El Instituto del Centro Cultural

Villavicencio - Meta

Aprobado por el Gobierno Departamental del Meta, según
Resolución No. 0862 del 5 de Agosto de 1998

Confiere a

Yudi Amparo Torres Bojacá

Identificado(a) con T.I. No. 821230-09017 de Villavicencio

El Título de

Bachiller en Auxiliar de Contabilidad

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, según los planes y programas vigentes.

Rector

Secretaria

CENTRO CULTURAL VILLAVICENCIO

Anotado al Folio 65 Libro de Registro 01

Dado en Villavicencio, 01 de Diciembre de 19 98

No requiere Registro de la Secretaría de Educación, según
Decreto 921 del 5 de Mayo de 1994 del M.E.N.

ACTA DE GRADO NUMERO 17

Registro No. C67287 Folio No. 404 Libro No. 13

En Ibagué, a las 9:00 de la MAÑANA del jueves 6 de junio del año 2013, se reunieron en el Auditorio 1 Bloque 33 de la Universidad del Tolima, presididos por el doctor JOSÉ HERMAN MUÑOZ ÑUNGO, Rector de la Universidad del Tolima, el doctor LEONIDAS LÓPEZ HERRÁN, Rector Corporación Universitaria Minuto de Dios, el doctor LUIS ALBERTO MALAGON PLATA, Director del Instituto de Educación a Distancia y el doctor OMAR ALBEIRO MEJIA, Secretario General de la Universidad del Tolima, la doctora LINDA LUCÍA GUARÍN GUTIÉRREZ, Secretaria General Corporación Universitaria Minuto de Dios, con el objeto de proceder a la graduación de **Torres Bojaca Yudi Amparo**, identificado con Cédula de Ciudadanía número 40218827 expedida en Villavicencio, como Profesional en Salud Ocupacional.

Opción de Grado: Sistemas Integrados de Gestión. Calificación: Aprobó

El señor rector recibió el juramento al graduando y le entregó el título que lo acredita como **Profesional en Salud Ocupacional**.

A las 12:00 PM del día, se dio por terminada la ceremonia de grado.

El Secretario General leyó la presente acta, la cual se firmó a continuación.

EL RECTOR DE LA UNIVERSIDAD DEL TOLIMA

(Fdo.) JOSÉ HERMAN MUÑOZ ÑUNGO

EL RECTOR DE LA CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS

(Fdo.) LEONIDAS LÓPEZ HERRÁN

EL SECRETARIO GENERAL DE LA UNIVERSIDAD DEL TOLIMA

(Fdo.) OMAR ALBEIRO MEJIA

LA SECRETARIA GENERAL CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS

(Fdo.) LINDA LUCÍA GUARÍN GUTIÉRREZ

Omar Albeiro Mejía
Secretario General

Es copia
Ibagué, 6 de junio de 2013

24602

REPUBLICA DE COLOMBIA

UNIVERSIDAD DEL TOLIMA

Creada mediante Ordenanza número 005 de mayo 21 de 1945 de la Asamblea Departamental del Tolima

OTORGA EL TITULO DE

Profesional en Salud Ocupacional

En convenio con la

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS

A

Yudi Amparo Torres Bojaca

C.C. No. 40218827 expedida en Villavicencio

Quien cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos.

En testimonio de ello se expide el presente

DIPLOMA

En la ciudad de Ibagué, a Junio 6 de 2013

El Decano de la Facultad

El Rector de la Universidad

El Secretario General

Secretario General
Corp. Universitaria Minuto de Dios

Rector
Corp. Universitaria Minuto de Dios

72278

Universidad del Tolima
Libro de Registro No. 13
Folio No. 404
Registro No. C67287

EXENTO Registro Deptal. Artículo 62 Dec. Nal. 2150/95

No.3790

CORPORACION UNIVERSITARIA DEL META

Acta de Postgrado N° 3790

El Consejo Superior de la Corporación Universitaria del Meta - UNIMETA, en su sesión extraordinaria de grados del día 21 junio de 2022 Acta N°38, considerando que:

YUDI AMPARO TORRES BOJACA

Con cédula de ciudadanía No. 40.218.827 expedida en VILLAVICENCIO y natural de VILLAVICENCIO (META)

Cumplió satisfactoriamente todos los requisitos exigidos por la Ley, los estatutos y los reglamentos de la Institución, resuelve otorgarle el título de:

ESPECIALISTA EN HSEQ: SISTEMAS INTEGRADOS DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL, AMBIENTAL Y CALIDAD

En nombre y representación de la CORPORACIÓN UNIVERSITARIA DEL META - UNIMETA, la Rectora hizo entrega del DIPLOMA correspondiente registrado en el folio No. 160-12 del Libro N° 1 de Diplomas de Postgrados, en la ciudad de Villavicencio, el día 29 junio 2022.

Opción de Grado: Diplomado en Gestión del Sistema Integrado H.S.E.Q. y R.S.E

La Rectora, *El Vicerrector de Postgrados,*

Doy Fe,

Secretario General

Scanned with CamScanner

República de Colombia

La Rectora y Claustro

de la

Corporación Universitaria del Meta-Unimeta

en virtud de la autorización que le confiere la ley y sus propios reglamentos y en atención a que el alumno, Señor(a)

Yudi Amparo Torres Bojaca

C.C. 40.218.827 de Villavicencio

ha cursado la totalidad de las asignaturas y realizado los demás requisitos que previene el plan de estudios de:

Especialización en HSEQ: Sistemas Integrados de Seguridad y Salud Ocupacional, Ambiental y Calidad

y ha sido aprobado en todos los exámenes, le confiere el título de:

Especialista en HSEQ: Sistemas Integrados de Seguridad y Salud Ocupacional, Ambiental y Calidad

en fe de lo cual, expedimos el presente Diploma y para que conste lo firmamos y sellamos con el sello de la Institución, en ésta ciudad de Villavicencio a los 29 días del mes de Junio del año de gracia del Señor de 2022.

La Rectora,

El Vicerrector,

Personería Jurídica No. 12.249 del 5 de agosto de 1.985 emanada del Ministerio de Educación Nacional de la República de Colombia, Registrado en el libro de Títulos de Postgrados al Folio No. 160-12 del Tomo No. 1 de esta Institución.

El Secretario General

EGO SUM VIA VERITAS ET VITA

impulsado por CamScanner

CCS
Consejo Colombiano
de Seguridad

El Consejo Colombiano de Seguridad

Certifica que

Yudi Amparo Torres Bojaca

identificado(a) con número de documento 40.218.827

Asistió al :

DIPLOMADO GERENCIA DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN EN SEGURIDAD, SALUD, AMBIENTE Y CALIDAD (HSEQ) Y RESPONSABILIDAD SOCIAL EMPRESARIAL (RSE)

Realizado del 25 de marzo al 15 de mayo de 2022 en Bogotá, Colombia

Intensidad horaria: 120 horas

Adriana Solano Luque
Presidenta Ejecutiva
Consejo Colombiano de Seguridad

CVC.1908.227274.2234.2022-05-15

impulsado por CamScanner

CCS
Consejo Colombiano
de Seguridad

El Consejo Colombiano de Seguridad

Certifica que

Yudi Amparo Torres Bojaca

identificado(a) con número de documento 40.218.827

Cursó y aprobó el proceso de formación como:

Auditor Interno HSEQ (ISO 9001:2015, ISO 14001:2015 e ISO 45001:2018) y responsabilidad social empresarial.

Realizado del 25 de marzo al 15 de mayo de 2022 en Bogotá, Colombia

Intensidad horaria: 120 horas

Adriana Solano Luque
Presidenta Ejecutiva
Consejo Colombiano de Seguridad

impulsado por CamScanner

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

Yudi Amparo Torres Bojaca

CC 40218827 de Villavicencio

Realizó y aprobó el Curso Primeros Auxilios
con un total de 60 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-05-30
Fecha de vencimiento: 2027-05-30

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

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

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

Yudi Amparo Torres Bojaca

CC 40218827 de Villavicencio

Realizó y aprobó el Curso de Humanización en la Prestación de Servicios de Salud - Resolución 3100 -2019 con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-05-28
Fecha de vencimiento: 2027-05-28

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

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

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

mipg | modelo integrado de planeación y gestión

Función Pública

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

YUDI AMPARO TORRES BOJACA

C.C 40.218.827

Participó y completó con éxito el Módulo de Fundamentos Generales del curso virtual del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 28 de mayo 2025

Luz Daifenis Arango Rivera
Directora de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 20251776820



mipg | modelo integrado de planeación y gestión

Función Pública

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

YUDI AMPARO TORRES BOJACA

C.C 40.218.827

Participó y completó con éxito los 8 módulos del curso virtual del
Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 28 de mayo 2025

Luz Daifenis Arango Rivera
Directora de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 767617746000



mipg | modelo integrado de planeación y gestión

Función Pública

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

YUDI AMPARO TORRES BOJACA

C.C 40.218.827

Participó y completó con éxito el Módulo de Auditoría del curso virtual del **Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG**

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 28 de mayo 2025

Luz Daifenis Arango Rivera
Directora de Gestión y Desempeño Institucional

Código 76761772163161



Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

YUDI AMPARO TORRES BOJACA

C.C 40.218.827

Participó y completó el curso virtual

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 10 de agosto 2026

Francisco Camargo Salas
Director de Empleo Público

Código: 761487473000

ARL

sura

Certificado de logro

La República de Colombia, el Ministerio del Trabajo y ARL SURA hacen constar que:

YUDI AMPARO TORRES BOJACA

Con documento de identidad No. 40218827

Cursó y aprobó:

CAPACITACIÓN VIRTUAL SGSST (50 HORAS)

Con una duración de 50 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente el 20 de diciembre de 2023 en Medellín

Registro Certificado de Oferente de Seguros de Riesgos Laborales Suramericana S.A. **RCO-0003.** Para validar este certificado, consulte en **colegiosvirtuales.arlsura.com/cgr/verificar** con el número 1208087

RESOLUCIÓN NÚMERO 8840

Por la cual se renueva una licencia de Salud Ocupacional a una persona natural

EL SECRETARIO DE SALUD

En uso de sus atribuciones conferidas en los artículos 23 de la Ley 1562 de 2012 y 1° de la Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social

CONSIDERANDO:

Que mediante resolución número 1831 del 10 de octubre de 2013 esta Secretaría de Salud otorgó licencia para prestación de servicios de salud ocupacional a YUDI AMPARO TORRES BOJACA con cédula de ciudadanía número 40.218.827 de Villavicencio, como Profesional en Salud Ocupacional.

Que la resolución número 4502 de 2012, emanada por el Ministerio de Salud, establece que las licencias de salud ocupacional tienen vigencia de diez (10) años y podrán ser renovadas por un término igual, siempre y cuando se cumplan los requisitos estipulados.

Que YUDI AMPARO TORRES BOJACA con cédula de ciudadanía número 40.218.827 de Villavicencio, presentó solicitud para renovación de su licencia.

Que en cumplimiento de lo establecido en la norma legal, este Despacho.

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Renúevase la Licencia de Salud Ocupacional expedida mediante resolución número 1831 del 10 de octubre de 2013 por esta Secretaría de Salud a YUDI AMPARO TORRES BOJACA con cédula de ciudadanía número 40.218.827 de Villavicencio, como Profesional en Salud Ocupacional.

ARTICULO SEGUNDO: Que el Anexo Técnico No. 3 de la Resolución 4502 de 2012, faculta a YUDI AMPARO TORRES BOJACA con cédula de ciudadanía número 40.218.827 de Villavicencio, para prestar servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo en los siguientes campos de acción: Seguridad y Salud en el Trabajo. 1) Higiene Industrial. 2) Seguridad Industrial. 3) Investigación del Accidente de Trabajo. 4) Educación. 5) Capacitación. 6) Diseño, Administración y Ejecución del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

ARTICULO TERCERO: La presente resolución se concede por el término de (10) años contados a partir de la fecha de expedición y podrá ser renovada por un periodo igual.

ARTICULO CUARTO: Contra la presente resolución proceden los recursos establecidos en el Código Contencioso Administrativo y rige a partir de la fecha de expedición.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE
Villavicencio, septiembre 11 de 2023

JHONATAN DAVID NEIRA
Secretario de Salud

Revisó: Dra. JULIETH ANDREA APOLINAR ALMARIO
Gerente de Prestación de Servicios de Salud

Elaboró: Gloria Castañeda – Auxiliar Administrativo

GESTION &
PROCESOS
INTEGRALES SAS

Primavera Urbana Centro Comercial y Empresarial Oficina 707
Calle 15 No. 40-01 Tel. 6740121-6740122
gestionyprocesossas@yahoo.com.co
Villavicencio – Meta

CERTIFICACION CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

La Empresa Gestión y Procesos Integrales S.A.S, con N.I.T. 900.447.343-5, hace constar que la Señora **YUDI AMPARO TORRES BOJACA,** identificado (a) con la cedula de ciudadanía. No. **40.218.827**, presta sus servicios a esta empresa mediante contrato por Prestación de Servicios como **COORDINADORA DEL PROGRAMA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST** desde el **01 DE MAYO DE 2022,** con un salario mensual de UN MILLON CIEN MIL PESOS MCTE ($1.100.000).

1. Elaborar plan de trabajo anual del SG-SST para la empresa
2. Asesorar y participar activamente en los comités (comité de seguridad vial, comité de convivencia laboral y comité paritario de seguridad y salud en el trabajo).
3. Realizar el seguimiento de la accidentalidad de la empresa, adelantando análisis de causalidad y acompañando al COPASST En la investigación de los accidentes de trabajo y la formulación de acciones correctivas.
4. Llevar registro mensual del ausentismo por causa médica o de accidentes de trabajo de la empresa.
5. Formular respuesta y asesorar a la empresa en los requerimientos externos en materia de seguridad y salud en el trabajo.
6. Concertar el plan de trabajo para el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo vigencia 2022 con la administradora de riesgos laborales SURA
7. Revisión y actualización documental del SG-SST conforme a las modificaciones inmersas en el Decreto 1072 de 2015.
8. Realizar inducción y re inducción del SG-SST a trabajadores y contratistas de la empresa

PROYECTADO: JORMARY GOMEZ

9. Elaborar y mantener actualizado el plan de emergencias y análisis de vulnerabilidad de la institución.
10. Diseño y ejecución del programa de capacitaciones del área de Seguridad y Salud en el Trabajo para la vigencia del año 2022
11. Formulación y seguimiento y presentación de resultados de indicadores al COPASST, conforme a la Resolución 0312 de 2019.
12. Diseño del programa de elementos de protección personal, incluye la elaboración de la matriz de EPP
13. Realizar las inspecciones de seguridad a los diferentes centros de trabajo
14. actualización de la matriz de requisitos legales del área de Seguridad y Salud en el Trabajo.
15. Programación y ejecución de auditorías internas relacionadas con el sistema de gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

La presente constancia se expide a solicitud del interesado en la ciudad de Villavicencio, a los 11 de Marzo de 2024, con destino **A QUIEN CORRESPONDA.**

GESTIÓN & PROCESOS INTEGRALES SAS
Nit: 900.447.343-5
Calle 15 No. 40 - 01 Cc. Primavera Urbana
Tel. 6740121 - 22

ALIX CELINA SANCHEZ MEJIA.
Representante Legal

PROYECTADO: JORMARY GOMEZ

LA OFICINA DE CONTRATACIÓN DEL HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACÍAS E.S.E.

CERTIFICA QUE:

Verificados los archivos que reposan en la oficina de contratación, **YUDI AMPARO TORRES BOJACA**, identificada con la cedula de ciudadanía No. 40.218.827 y el Hospital Municipal de Acacias E.S.E., celebraron el contrato que se relaciona a continuación:

OBJETO			
PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ASESOR EN SALUD OCUPACIONAL PARA LA IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO A EL HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS E.S.E.			
No. CONTRATO	**FECHA DE SUSCRIPCION**	**VALOR**	**TIEMPO**
619 de 2016	06 de octubre de 2016	$12.000.000	02 meses y 26 días
101 de 2017	02 de enero de 2017	$8.000.000	01 mes y 27 días
229 de 2017	01 de marzo de 2017	$8.000.000	02 meses
341 de 2017	02 de mayo de 2017	$4.000.000	30 días
389 de 2017	21d e junio de 2017	$12.000.000	03 meses
648 de 2017	01 de octubre de 2017	$4.000.000	01 mes
150 de 2018	25 de enero de 2018	$19.000.000	05 meses
438 de 2018	03 de julio de 2018	$7.600.000	03 meses
640 de 2018	01 de septiembre de 2018	$7.600.000	03 meses
701 de 2018	01 de noviembre de 2018	$3.800.000	01 mes
094 de 2019	15 de enero de 2019	$5.700.000	01 mes y 17 días
142 de 2019	01 de marzo de 2019	$3.800.000	01 mes
244 de 2019	01 de abril de 2019	$32.300.000	8 meses y 15 días
111 de 2020	15 de enero de 2020	$7.600.000	02 meses
240 de 2020	03 de abril de 2020	$3.800.000	01 mes
269 de 2020	03 de mayo de 2020	$11.400.000	03 meses
404 de 2020	03 de agosto de 2020	$4.200.000	02 meses
469 de 2020	03 de octubre de 2020	$6.160.000	02 meses y 29 días
111 de 2021	01 de enero de 2021	$6.519.000	03 meses
202 de 2021	01 de abril de 2021	$6.519.000	03 meses
398 de 2021	01 de julio de 2021	$6.519.000	03 meses

609 de 2021	01 de octubre de 2021	$5.400.000	03 meses
104 de 2022	03 de enero de 2022	$13.575.000	05 meses y 28 días
409 de 2022	01 de julio de 2022	$13.728.000	06 meses
106 de 2023	02 de enero de 2023	$4.576.000	58 días
191 de 2023	01 de marzo de 2023	$4.576.000	02 meses
331 de 2023	01 de mayo de 2023	$11.440.000	05 meses
588 de 2023	01 de octubre de 2023	$6.864.000	03 meses
118 de 2024	02 de enero de 2024	$5.125.000	01 mes y 28 días
191 de 2024	01 de marzo de 2024	$5.125.000	02 meses
339 de 2024	02 de mayo de 2024	$7.687.800	91 días
611 de 2024	02 de septiembre de 2024	$7.687.800	90 días

Actividades desarrolladas:

1. Dar trato personalizado y humanizado al usuario de conformidad con la política de Humanización del Hospital "SOY HUMANO, TRATO HUMANIZADO".**2.** Asesorar y participar activamente en el COPASST y los comités institucionales en las reuniones y actividades programadas.**3.** Reportar los accidentes de trabajo que ocurran en la institución.**4.** Adelantar estadísticas y seguimiento de la accidentalidad de la empresa, diligenciando los respectivos FURAT (formato único para reporte de accidentes de trabajo), Adelantando análisis de causalidad y acompañando al COPASST En la investigación de los accidentes de trabajo y la formulación de acciones correctivas.**5.** Participar de espacios virtuales de socialización de lineamientos emitidos por los entes gubernamentales.**6**. Llevar registro mensual del ausentismo por causa médica o de accidentes de trabajo de la empresa. **7.** Formular respuesta y asesorar a la empresa en los requerimientos externos en materia de seguridad y salud en el trabajo.**8.** Actualización documental del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo**. 9.** Concertar el plan de trabajo para el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo vigencia 2024 con la administradora de riesgos laborales SURA.**10.** Presentación de informe de gestión de residuos hospitalarios generados por el HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS en el 2020, a la Corporación para el desarrollo sostenible del área de manejo especial la macarena (CORMACARENA).**11.** Conformación del comité paritario de seguridad y salud en el trabajo COPASST.**12**. Seguimiento a las notificaciones de aislamiento preventivo reportados a la ARL.**13.** Adoptar medidas de prevención y contención de contagio de COVID-19 para los trabajadores del Hospital Municipal de Acacias.**14.** Revisión documental y ajustes conforme a las modificaciones inmersas en el Decreto 1072 de 2015. (Política de SST, Reglamento de higiene y seguridad industrial, Política de no alcohol drogas y SPA.)**15.** Socialización de las políticas de SST, Reglamento de higiene y seguridad industrial, Política de no alcohol drogas y SPA.)**16.** Realizar inducción y re inducción del SG-SST a trabajadores y contratistas de la entidad. **17.** Portar el carnet institucional durante la jornada de actividades en un lugar visible; el cual es de uso personal e intransferible. El contratista es responsable de informar de manera inmediata el hurto o pérdida del carnet, y evitar que otras personas hagan mal uso del mismo.**18.** Las demás actividades que se realicen de manera directa con el objeto del presente contrato, las necesarias para mitigar el desequilibrio del proceso de salud enfermedad y aquellas que garanticen la adecuada prestación del servicio.

*Es de aclarar que las actividades que ejecuta **EL CONTRATISTA**, en desarrollo de los contratos mencionados anteriormente, no genera relación laboral, ni prestaciones sociales, ni cumple con los preceptos jurídicos para la configuración de un contrato laboral, por lo tanto, no da derecho a ningún tipo de emolumentos distintos a los pactados en este contrato, de acuerdo con lo establecido en inciso 2°. Numeral 3º del artículo 32 de la ley 80 de 1993.*

***PARÁGRAFO:** En cumplimiento de la Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios.*

Para constancia se firma en la ciudad de Acacias (Meta), el veinticinco (25) de noviembre de 2024.

Claudia Milena Betancourt Agudelo
Auxiliar administrativo – Oficina de contratación
contratacion@hospitaldeacacias.gov.co

LA SUBDIRECTORA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DEL HOSPITAL LOCAL DE GUAMAL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN E.S.E.,

HACE CONSTAR QUE:

La señora **YUDI AMPARO TORRES BOJACA,** identificada con cédula de ciudadanía No. 40.218.827 de Villavicencio, celebró con el Hospital Local de Guamal los siguientes contratos de prestación de servicios, cumpliendo con el objeto y las obligaciones estipuladas. Lo anterior, relacionado en detalle a continuación:

No CONTRATO	**087/2022**
OBJETO	PRESTACION DEL SERVICIO PROFESIONAL DE SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST, PLAN ESTRATEGICO DE SEGURIDAD VIAL – PESV DEL HOSPITAL LOCAL DE GUAMAL PRIMER NIVEL DE ATENCION E.S.E.
VALOR	$ 6.000.000=
TERMINO DE EJECUCION	Tres (03) Meses
FECHA DE INICIO	01/07/2022
FECHA DE TERMINACIÓN	30/09/2022
ESTADO	TERMINADO
No CONTRATO	**140/2022**
OBJETO	PRESTACION DEL SERVICIO PROFESIONAL DE SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST, PLAN ESTRATEGICO DE SEGURIDAD VIAL – PESV DEL HOSPITAL LOCAL DE GUAMAL PRIMER NIVEL DE ATENCION E.S.E.
VALOR	$ 6.000.000=
	Tres (03) Meses
FECHA DE INICIO	01/10/2022
FECHA DE TERMINACIÓN	31/12/2022
ESTADO	VIGENTE

Obligaciones:

1. Dar trato personalizado y humanizado.
2. Asesorar y participar activamente en el COPASST y los comités institucionales en las reuniones y actividades programadas.
3. Reportar los accidentes de trabajo que ocurran en la institución.
4. Adelantar estadísticas y seguimiento de la accidentalidad de la empresa, diligenciando los respectivos FURAT (formato único para reporte de accidentes de trabajo), Adelantando análisis de

Proyecto: Y.T.T.P
Profesional área de Contratacion

Reviso: M.T.O
Subdirector Administrativo y Financiero

causalidad y acompañando al COPASST En la investigación de los accidentes de trabajo y la formulación de acciones correctivas.
5. Participar de espacios virtuales de socialización de lineamientos emitidos por los entes gubernamentales.
6. Llevar registro mensual del ausentismo por causa médica o de accidentes de trabajo de la empresa.
7. Formular respuesta y asesorar a la empresa en los requerimientos externos en materia de seguridad y salud en el trabajo.
8. Actualización documental del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.
9. Concertar el plan de trabajo para el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo vigencia 2022 con la administradora de riesgos laborales POSITIVA.
10. Conformación del comité paritario de seguridad y salud en el trabajo COPASST.
11. Seguimiento a las notificaciones de aislamiento preventivo reportados a la ARL.
12. Adoptar medidas de prevención y contención de contagio de COVID-19 para los trabajadores del Hospital Municipal de Acacias.
13. Revisión documental y ajustes conforme a las modificaciones inmersas en el Decreto 1072 de 2015. (Política de SST, Reglamento de higiene y seguridad industrial, Política de no alcohol drogas y SPA.)
14. Socialización de las políticas de SST, Reglamento de higiene y seguridad industrial, Política de no alcohol drogas y SPA.)
15. Realizar inducción y reinducción del SG-SST a trabajadores y contratistas de la entidad.
16. Realizar seguimiento y control a los residuos hospitalarios que se están generando para el proveedor.
17. Las demás que demande el cabal cumplimiento del objeto contractual.

La presente se expide a solicitud del interesado, el día 28 de octubre de 2022.

Atentamente,

MARISELA TELLO ORTIZ
Subdirectora Administrativa y Financiera

Proyecto: Y.T.T.P
Profesional área de Contratacion

Reviso: M.T.O
Subdirector Administrativo y Financiero

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 300925239

PIB
13:38:34

Bogotá DC, 10 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) YUDI AMPARO TORRES BOJACA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 40218827:

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 lunes 10 de agosto de 2026, a las 13:40:39, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	40218827
Código de Verificación	40218827260810134038

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 01:36:38 PM horas del 10/08/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **40218827**
Apellidos y Nombres: **TORRES BOJACA YUDI AMPARO**

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

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, 10/08/2026 02:51:41 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **40218827** y Nombre: **YUDI AMPARO TORRES BOJACA.**

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. **145498146** . 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.

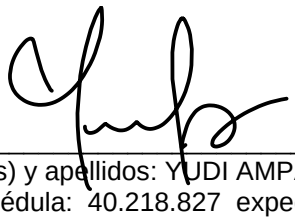
Nueva Busqueda | Imprimir

	CONCEJO MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO	**CODIGO:**	**FOR-GESAD-41**
	PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL	**VERSIÓN**	**01**
	AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES CONTRA MENORES DE 18 AÑOS	**VIGENCIA**	**15/04/2024**
		Página 1 de 1	

El(la) suscrito(a) YUDI AMPARO TORRES BOJACA, identificado con C.C.No. 40.218.827 expedida en Villavicencio (Meta), autorizo de manera libre y expresa, exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, al Concejo Municipal de Villavicenio con NIT. 800.104.048-2, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores de 18 años que administra la Policía Nacional de Colombia, de manera previa al proceso de selección al cargo, oficio o profesión y de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, con observancia de la Ley 1581 de 2012 y la Ley 1712 de 2014, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se firma en la ciudad de Villavicencio, el día catorce (14) de agosto de 2026.



_____

Nombre(s) y apellidos: YUDI AMPARO TORRES BOJACA
No. De Cédula: 40.218.827 expedida en Villavicencio (Meta)

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 05:50:28 horas del 14/08/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **40218827,** Apellidos y Nombres **TORRES BOJACA YUDI AMPARO**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **CONCEJO MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO**, con NIT **800104048-2** 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.

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

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Yudi Amparo Torres Bojaca, identificado(a) con CC número 40218827, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 40218827
NOMBRES Y APELLIDOS	Yudi Amparo Torres Bojaca
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	30/12/1982
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	19/05/2014
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	318 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	1530 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	51 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/01/2017
NIVEL SISBEN	1
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 40218827 YUDI AMPARO TORRES BOJACA Desde 01/01/2020 - Vigente

Generado por interfaces 10/08/2026

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

Protección

Una empresa sura

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **TORRES BOJACA YUDY AMPARO** identificado(a) con **CC** número **40.218.827** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 02 de julio de 2003 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 40% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO
2. El 60% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 10 de agosto de 2026.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customer0001.wolkvox.com/proteccion/index.php**

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 40218827 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 10/08/2026 01:43 PM

Código Verificación: **JGBMZRNUC1**

Válida hasta: **08/11/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Dr. FERNANDO IVAN MANCERA GARCIA	CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL
Medico Esp. Salud Ocupacional, Auditor SGSST- PESV - Certificador de Discapacidad. RM.508171, Lic. 0592, Resolución 6292 de 2020 Secretaria de Salud Del Meta	

TIPO DE EXAMEN ADELANTADO	INGRESO **X**	POR CAMBIO DE OCUPACION		POST INCAPACIDAD	BRIGADISTA	TSA	BPG
	PERIODICO	RETIRO	OTRO	CUAL			
FECHA **10/08/2026**		ARL		EPS **Sanitas**			
NOMBRES Y APELLIDOS **Yudi Amparo Torres Bojaca**							
DOCUMENTO DE IDENTIDAD **40218827**							
CARGO **Profesional SST**				TELEFONO **321 2067046**			
EMPRESA Y CARGO: Concejo Municipal de Villavicencio - professional SST							

PELIGROS A LOS QUE ESTAN EXPUESTOS

Biológico	**Físico**	**Biomecánico**	**Psicosociales**	**Químico**	**F. Naturales**	**Otros**
Virus X	Ruido X	Postura X	Gestión Organizacional X	Polvos	Sismo	
Bacterias	Iluminación	Esfuerzo	Organización Trabajo	Fibras	Terremoto X	
XHongos	Vibración	Mov. Repetitivo X	Grupo Social Trabajo	Líquidos	Vendaval	
Parásitos	Temperatura	Man. Cargas	Condición Tarea X	Gases	Inundación	
Picaduras	Presión		Interface Personal/Tarea	Vapores	Derrumbe	
Mordeduras	R. ionizantes		Jornada de Trabajo	Humos	Precipitaciones	
Fluidos	R. no ionizantes X			Mat Particulado		

CONCEPTO

Sin patología aparente o condición de salud que limite su desempeño laboral	**X**
Con patología o condición de salud que limita parcialmente su desempeño laboral, puede laborar con recomendaciones	
Con condición de salud que amerita cambio de tareas, funciones o reubicación en la empresa	
Con patología o condición de salud que impide completamente su desempeño laboral	
Egreso satisfactorio sin presunta patología de origen laboral	
Egreso no satisfactorio, con patología en proceso de determinación de origen o reconocida como laboral	
Apto para trabajo seguro en alturas	
Apto para manipulación de alimentos	
Apto para buenas practicas ganaderas	
Otros	

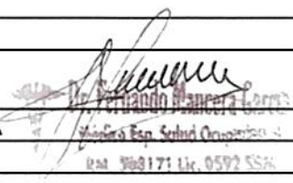
RECOMENDACIONES

Estilos de vida saludables, acondicionamiento físico, ejercicio 3 veces por semana	**X**
Educación en movilización de cargas en levante y arrastre	**X**
Educación en bioseguridad y autocuidado	**X**
Higiene postural, pausas activas de 5 minutos por cada hora laborada	**X**
Evitar el consumo de alcohol y el tabaquismo	**X**
Otras	
Implementar normas de bioseguridad y uso de elementos de proteccion personal.	

Ingreso al PVE	Cardiovascular	Respirartorio	Psicosocial	Musculoesqueletico	Quimico	Biologico	Auditivo

RESTRICCIONES

N/A



CIA	**NOMBRE** Yudi A. Torres
FERNANDO IVAN MANCERA GAR	**FIRMA**
Medico Ocupacional Lic.6292 SSM	**CEDULA** 40218827