Psicologa #2 PIC Departame Palmas

Socorro, Santander

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

REFERENCIA: CONTRATACION _____

La suscrita: **LAURA KRISTYNA NEIRA CARDENAS** 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 **prestación de servicios como psicóloga del proyecto Plan de intervenciones colectivas Departamental Municipio de Palmas del Socorro**
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.

Aporto los siguientes documentos: (RELACIONA EL LISTADO)

Laura Kristyna Neira Cardenas
C.C : 1005544047

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.005.544.047**

NEIRA CARDENAS

APELLIDOS

LAURA KRISTYNA

NOMBRES



FIRMA

Scanned with CamScanner



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-JUL-2003**

SOCORRO
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65	**B+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

09-JUL-2021 YONDO-CASABE

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-0130000-01252842-F-1005544047-20210831 **0075461252A 1** 54719978

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Scanned with CamScanner

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
Neira	Cardenas	Laura Kristyna

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1005544047	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 02 MES 07 AÑO 2003

PAÍS COLOMBIA

DEPTO SANTANDER

MUNICIPIO SOCORRO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 19 14 61

PAÍS COLOMBIA DEPTO SANTANDER

MUNICIPIO SOCORRO

TELÉFONO 3113607903 EMAIL neiralaura0207@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 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	11	2025	315561

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)

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
Corporación Internacional Líderes Latinoamérica	EDUCACIÓN INFORMAL	45		X	ZONAS DE ORIENTACION ESCOLAR		
Corporación Internacional Líderes Latinoamérica	EDUCACIÓN INFORMAL	50		X	Formación en Seguridad del Paciente		
Organización Panamericana de la Salud	EDUCACIÓN INFORMAL	20		X	Diagnostico clínico y manejo del Dengue		

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	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
CLINICA SANTA CRUZ DE LA LOMA		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
SANTANDER	SAN GIL	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
77245845	Día	04	Mes	08	Año	2025	Día	21	Mes	11	Año	2025

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
EST. UNIVERSITARIO EN PRACTICA	APOYO AREA DE TALENTO HUMANO	CARRERA 12 12 20

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	1
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

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

República de Colombia

Universidad Autónoma de Bucaramanga

Autorizada por resolución 2771 de 1987 del Ministerio de Educación Nacional.

El Consejo Académico y el Rector en atención a que

LAURA KRISTYNA NEIRA CARDENAS

C.C. 1.005.544.047 de Yondó-Casabe

ha cumplido las normas legales y los requisitos académicos exigidos por la Universidad, le otorgan, con los derechos, obligaciones y prerrogativas correspondientes, el título de

PSICÓLOGA

Se expide el presente diploma en Bucaramanga, el 9 de Abril de 2026

Rector | Secretario General y Jurídico | Decano

REGISTRADO AL FOLIO NO. 1968-59043 DEL LIBRO NO. 6 DE 2026

Scanned with CamScanner

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA
1952

ACTA DE GRADO No. 2.547
Folio No. 1968-59043 del Libro No. 6

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA -UNAB-
Facultad de Ciencias de la Salud

En la ciudad de San Gil, Departamento de Santander, República de Colombia, a los 9 días del mes de abril de 2026, en el Coliseo Cultural y Deportivo Unisangil, se celebró la ceremonia de graduación de **LAURA KRISTYNA NEIRA CARDENAS,** identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 1.005.544.047 de Yondó-Casabe.

El grado fue aprobado por el Consejo de la Facultad de Ciencias de la Salud, según Acta No. 579 de febrero 16 de 2026, y ratificado por el Consejo Académico según Acta No. 1175 de febrero 20 de 2026, previa comprobación de que el aspirante cumplió los requisitos exigidos para el Programa de Psicología, extendido a la ciudad de San Gil, Santander, en convenio con la Fundación Universitaria de San Gil - UNISANGIL. Trabajo de Grado:" Manual psicopedagógico para el fortalecimiento de la regulación emocional en estudiantes de sexto y séptimo grado del colegio Luis Camacho Rueda de San Gil.".

El Rector Dr. Juan Camilo Montoya Bozzi, tomó juramento al graduado, hecho lo cual le hizo entrega del Diploma que lo acredita como **PSICÓLOGA.**

El título se expidió de conformidad con las normas legales vigentes y de acuerdo a la autorización legal conferida a la Universidad.

Para constancia se extiende y firma la presente Acta a los 9 días del mes de abril de 2026.

Juan Camilo Montoya Bozzi, Rector (fdo), Juan José Rey Serrano, Decano (fdo), Juan Carlos Acuña Gutiérrez, Secretario General y Jurídico (fdo).

Es fiel copia tomada del original a los 9 días del mes de abril de 2026.

JUAN CARLOS ACUÑA GUTIERREZ
Secretario General y Juridico

Scanned with CamScanner

CAMPUS
FUNDACIÓN EDUCATIVA

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

LAURA KRISTYNA NEIRA CARDENAS

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía
No° : 1005544047
Realizó y aprobó el **Curso básico** de:

ZONAS DE ORIENTACIÓN ESCOLAR (ZOE) (BÁSICO)

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

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-08-06.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

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

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

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

CAMPUS
FUNDACIÓN EDUCATIVA

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

LAURA KRISTYNA NEIRA CARDENAS

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía
No° : 1005544047
Realizó y aprobó el **Curso básico** de:

CENTROS DE ESCUCHA (CE) (BASICO)

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

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-08-06.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

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

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

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

CAMPUS
FUNDACIÓN EDUCATIVA

CERTISALUD
EDUCACIÓN VIRTUAL EN SALUD

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

LAURA KRISTYNA NEIRA CARDENAS

Identificado(a) con Cédula de ciudadanía
No° : 1005544047
Realizó y aprobó el **Curso básico** de:

REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD (RBC) (BÁSICO)

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

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 11/08/2026.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

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

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

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

Corporación Internacional
Líderes Latinoamerica
NIT: 830.086.471-6

Hace constar que:

LAURA KRISTYNA NEIRA CARDENAS

C.C. - No. 1005544047

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 (11) 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

Función Pública | mipg modelo integrado de planeación y gestión

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

LAURA KRISTYNA NEIRA CARDENAS

C.C 1.005.544.047

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

Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 11 de agosto 2026

Luz Daifenis Arango Rivera
Directora de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 7611496150206

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

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

LAURA KRISTYNA NEIRA CARDENAS

C.C 1.005.544.047

Participó y completó el curso virtual

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 11 de agosto 2026

Francisco Camargo Salas
Director de Empleo Público

Código: 7611496168000

a40437c7-3d4e-4a22-8521-64d4d6a73bfe

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Laura Kristyna Neira Cárdenas

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: 95,00 %

11 de agosto de 2026

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=a40437c7-3d4e-4a22-8521-64d4d6a73bfe

Corporación Internacional Líderes Latinoamerica

NIT: 830.086.471-6

Hace constar que:

LAURA KRISTYNA NEIRA CARDENAS

C.C. - No. 1005544047

Cursó y aprobó los estudios correspondientes al:

CURSO

FORMACION EN ATENCION CENTRADA EN EL USUARIO

EN SERVICIOS DE SALUD

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 (11) 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

b4a53c92-2efd-49af-93dc-8cc81bb5b963

Proactive IPS

Hace constar que

LAURA KRISTYNA NEIRA CARDENAS
Con documento de identidad No. **1005544047**

Curso, aprobo y completo satisfactoriamente el curso de **Atención integral en salud con enfoque psicosocial a víctimas del conflicto armado**; con una duración de **40 horas.**

El presente se otorga a solicitud del interesado y es valido por **2 (dos) años** a partir de la fecha de expedición.

Se firma de manera digital el día **22 de abril de 2026**

Camillo Felipe Blanco Marin
Gerente General

Nanlly Tatiana Veloza Vanegas
Directora de educación continuada

CAMPUS FUNDACIÓN EDUCATIVA INNOVA CERTIFICADOS EN SALUD

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

LAURA KRISTYNA NEIRA CARDENAS

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía
No° : 1005544047
Realizó y aprobó el **Curso básico** de:

ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA Y ABUSO SEXUAL CON ENFOQUE DIFERENCIAL (AVS) (BÁSICO)

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

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-04-21.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

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

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

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

Corporación Internacional
Líderes Latinoamerica
NIT: 830.086.471-6

Hace constar que:

LAURA KRISTYNA NEIRA CARDENAS

C.C. - No. 1005544047

Cursó y aprobó los estudios correspondientes al:

CURSO
FORMACION EN HUMANIZACION Y CALIDAD
EN SERVICIOS DE SALUD

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 (11) 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

Corporación Internacional Líderes Latinoamerica

NIT: 830.086.471-6

Hace constar que:

LAURA KRISTYNA NEIRA CARDENAS

C.C. - No. 1005544047

Cursó y aprobó los estudios correspondientes 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

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

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (11) 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

CAMPUS FUNDACIÓN EDUCATIVA INNOVA CERTIFICADOS EN SALUD

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

LAURA KRISTYNA NEIRA CARDENAS

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía
No° : 1005544047
Realizó y aprobó el **Curso básico** de:

ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS (AQS) (BASICO)

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

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-04-21.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

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

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

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

CAMPUS
FUNDACIÓN EDUCATIVA

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

LAURA KRISTYNA NEIRA CARDENAS

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía
No° : 1005544047
Realizó y aprobó el **Curso básico** de:

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST) (BASICO)

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

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-08-06.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

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

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

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

CAMPUS FUNDACIÓN EDUCATIVA INNOVA CERTIFICADOS EN SALUD

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

LAURA KRISTYNA NEIRA CARDENAS

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía
No° : 1005544047
Realizó y aprobó el **Curso básico** de:

GESTIÓN DEL DUELO (GD) (BÁSICO)

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

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-04-21.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

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

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

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

CAMPUS FUNDACIÓN EDUCATIVA

INNOVA CERTIFICADOS EN SALUD

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

LAURA KRISTYNA NEIRA CARDENAS

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1005544047

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

ESTRATEGIA INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y LA INFANCIA INTEGRAL (IAMI) (BÁSICO)

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

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-04-21.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

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

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

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

675726ae-899c-4ad4-b2aa-0ceaac1f57bb

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Laura Kristyna Neira Cárdenas

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

Primera ayuda psicológica (PAP) en el manejo de emergencias

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 10 - Porcentaje de aprobación: 99,00 %

9 de diciembre de 2024

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las Américas

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=675726ae-899c-4ad4-b2aa-0ceaac1f57bb

Universidad unab

Hace constar que:

LAURA KRISTYNA NEIRA CARDENAS

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía N°1005544047

Cursó y aprobó los requisitos académicos exigidos en el CURSO: HERRAMIENTAS PARA LA EMPLEABILIDAD (HPE), realizado del 27 de agosto al 11 de noviembre de 2024, con una intensidad de 6 horas.

Juan Carlos Acuña Gutiérrez
Secretario General y Jurídico

Marcela Peralta Bautista
Directora Impulsa UNAB:
Centro de Desarrollo Profesional

Se firma en Bucaramanga el 11 de noviembre de 2024

VIGILADA MINEDUCACIÓN

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Laura Kristyna Neira Cárdenas

ha participado y aprobado el Programa de Capacitación en la

Aplicación del Paquete ASSIST-DIT de Detección e Intervención Breve para el Consumo Riesgoso y Nocivo de Sustancias

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 6 - Porcentaje de aprobación: 96,00 %

6 de abril de 2023

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://mooc.campusvirtualsp.org/mod/simplecertificate/verify.php?code=642f63fe-3cf8-4b0e-b707-63d9ac1f1c2e

UNISANGIL unab

Acuerdo Estratégico

VIGILADAS MINEDUCACIÓN

La Fundación Universitaria de San Gil – UNISANGIL y el Programa de Psicología UNAB Extensión UNISANGIL

Hacen Constar Que:

Laura Kristyna Neira Cárdenas

CC. 1005544047

Participó y aprobó el ***II CURSO DE PSICOFARMACOLOGÍA "Fundamentos y tratamiento para los trastornos de ansiedad y depresión".*** Realizado el día veinticinco (25) del mes de agosto del dos mil veintitrés (2023).

Para constancia se firma en San Gil Santander, a los veintiocho (28) días del mes de agosto de dos mil veintitrés (2023).

YOHANA PATRICIA MEDINA VARGAS
Directora Departamento de Extensión
UNISANGIL

LAURA MARGARITA SALAZAR ORDÓÑEZ
Directora Programa de Psicología
UNAB Extensión UNISANGIL

Congreso Internacional de
Desarrollo Humano,
Bienestar Social y
Sostenibilidad Financiera

UNISANGIL unab
Acuerdo Estratégico

La Fundación Universitaria de San Gil – UNISANGIL y los programas UNAB extensión UNISANGIL.

Certifican Que:

Laura Kristyna Neira Cárdenas
CC 1005544047 de Yondo

Participó como Asistente en el:

I Congreso internacional de desarrollo humano, bienestar social y sostenibilidad financiera: "Impactos regionales con visión global", realizado los días uno y dos del mes de septiembre del dos mil veintidós (2022).

Para constancia se firma en San Gil Santander a los diecinueve (19) días del mes de octubre de dos mil veintidós (2022).

Marcela Ordóñez Rodríguez
Vicerrectora Académica
UNISANGIL

UNISANGIL
VIGILADA MINEDUCACIÓN

La Coordinación de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Educación y de la Salud de la Fundación Universitaria de San Gil – UNISANGIL

HACE CONSTAR QUE:

Laura Kristyna Neira Cárdenas

C.C. 1005544047 de Yondó, Antioquia

Participó en el periodo 2024-2, como integrante del **Semillero MENPSIC**, en la aplicación del programa "**Programa de Estrategias para la Promoción de Hábitos de Vida Saludable en Salud Mental para la Prevención de Consumo Problemático de Sustancias Psicoactivas**", orientando el taller denominado: *"Taller 2: Estrategias para el fortalecimiento de la salud mental"*, dirigido a estudiantes de los programas de Psicología, Enfermería y Derecho de la Fundación Universitaria de San Gil UNISANGIL. En el taller se desarrollaron actividades psicoeducativas, abiertas a la partición de experiencias personales, expresión de sentimientos y anécdotas de los beneficiarios.

Para constancia se firma el día 26 de noviembre de 2024.

Carolina Salamanca Leguizamón
Coordinadora Revista Educación & Salud

Corporación Internacional Líderes Latinoamerica

NIT: 830.086.471-6

Hace constar que:

LAURA KRISTYNA NEIRA CARDENAS

C.C. - No. 1005544047

Cursó y aprobó los estudios correspondientes al:

CURSO
FORMACION EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

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 (11) 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

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

JOSÉ RAÚL JIMÉNEZ MOLINA
Presidente del Consejo Directivo

www.colpsic.org.co

COLEGIO COLOMBIANO DE PSICÓLOGOS



TARJETA PROFESIONAL DE PSICÓLOGA

No. 315561

Fecha de expedición: 22/04/2026

LAURA KRISTYNA NEIRA CARDENAS

Cédula de Ciudadania
1005544047

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

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2026-08-06--9:49:46 AM

Tipo Identificacion	Nro Identificacion	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificacion	Detalles
CC	1005544047	LAURA	KRISTYNA	NEIRA	CARDENAS	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) LAURA KRISTYNA NEIRA CARDENAS identificado(a) con CC 1005544047 registra La siguiente información:

2026-08-06 -9:49:46 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtencion Titulo	Profesion u Ocupacion	Fecha Inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	PSICOLOGIA	2026-05-29	9881	DTS DEPARTAMENTO DE SANTANDER

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

Carné Digital de Vacunación Colombia

Salud

Esquema de Vacunación

QR DE AUTENTICIDAD

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

Nombres y apellidos / Full name: LAURA KRISTYNA NEIRA CARDENAS

Tipo de identificación / ID Type: CÉDULA DE CIUDADANÍA

Numero de identificación / ID Number: 1005544047

Fecha de nacimiento / Date of birth: 02/07/2003

País nacimiento / Country of birth: COLOMBIA

Numero de contacto (móvil) / Phone number: 3204420667

Correo electrónico / e-mail:

ID: [redacted]

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Edad / Age	Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
			Día / Day	Mes / Month	Año / Year				
Sin rango de edad	COVID ASTRAZENECA	Primer Refuerzo	14	1	2022	Oxford-AstraZeneca	NN0224	ECOPETROL S.A. DE BARRANCABERMEJA	CLAUDIA MARIA PINTO CARDENAS
6 meses	Sarampión - Rubéola	Adicional	26	9	2023	Fabricante	0122W108	SAN GIL CLINICA SANTA CRUZ DE LA LOMA SA	SANDRA QUINTERO
Sin rango de edad	INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	26	9	2023	BUTANTAN	230047	SAN GIL CLINICA SANTA CRUZ DE LA LOMA SA	SANDRA QUINTERO
Sin rango de edad	TD Adulto	Primera	26	9	2023	Serum	2331L011C	SAN GIL CLINICA SANTA CRUZ DE LA LOMA SA	SANDRA QUINTERO
12 meses	Fiebre amarilla	Única	21	5	2024	Sanofi Pasteur	W0C591V	SAN GIL ESE HOSPITAL REGIONAL	DIANA MARCELA BERNAL CORTES
Sin rango de edad	INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	21	5	2024	BUTANTAN	230047	SAN GIL ESE HOSPITAL REGIONAL	DIANA MARCELA BERNAL CORTES
Sin rango de edad	TD Adulto	Segunda	21	5	2024	Serum	2333Q012B	SAN GIL ESE HOSPITAL REGIONAL	DIANA MARCELA BERNAL CORTES

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

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

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

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information 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.

MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Laura Kristyna

Apellidos: Neira Cardenas

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

Número de documento: 1005544047

Fecha de nacimiento: Día 02 Mes 07 Año 2003

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única	26/09/23	0122	IPS CAJASAN SAN GIL Nancy
Fiebre Amarilla	Única	21-5-24	W3E22	IPS CAJASAN SAN GIL Diana B
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	26/09/2023	2331002AC	IPS CAJASAN SAN GIL Nancy
	2	21-05-24	233340IZB	IPS CAJASAN SAN GIL Diana B
	3	07/01/25	AC37BH97A	IPS CAJASAN SAN GIL Nancy
	4			
	5			
TdaP acelular	1	07/01/25	AC37B497A	IPS CAJASAN SAN GIL Nancy
	2			
Hepatitis B	1	07/01/25	0343D006C	IPS CAJASAN SAN GIL Nancy
	2	04/02/25.		
	3			

Biológico		Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH		1			
		2			
Influenza estacional		Anual	26/SEP/2023	BUTANTAN 2300580	IPS CAJASAN SAN GIL Nancy
		Anual	21-5-24	V5052	4002 Diana B
Covid 19		1ª			
		2ª			
		1er Ref.			
		2do Ref.			
Otras					

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 141224484247

(415)7707212489984(8020) 000014122448424 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 0 0 5 5 4 4 0 4 7	1	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	1 0 0 5 5 4 4 0 4 7	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Antioquia 0 5	Yondó 8 9 3

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
NEIRA	CARDENAS	LAURA	KRISTYNA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal
CR 4 6 28 BRR PABLO SEXTO

42. Correo electrónico neiralaura0207@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 1 3 6 0 7 9 0 3	

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 4 9 0	2 0 2 5 1 1 2 5							

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										Exportadores					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código												57. Modo			
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			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

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 REYES PATARROYO WILMER

985. Cargo Gestor I

Fecha generación documento PDF: 09-12-2025 12:28:39PM

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	2026-08-11 12:59

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
LAURA	KRISTYNA	NEIRA	CARDENAS

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1005544047

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	SOCORRO

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	$6.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$6.000.000,00

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	$1.368.459,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [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, 10/08/2026 05:23:55 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1005544047** y Nombre: **LAURA KRISTYNA NEIRA CARDENAS.**

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. **145512967** . 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 05:27:54 PM horas del 10/08/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1005544047**

Apellidos y Nombres: **NEIRA CARDENAS LAURA KRISTYNA**

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

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 300946417

PIB
17:31:39

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) LAURA KRISTYNA NEIRA CARDENAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1005544047:

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 17:34:02, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1005544047
Código de Verificación	1005544047260810173402

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 17:36:53 horas del 10/08/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1005544047,** Apellidos y Nombres **NEIRA CARDENAS LAURA KRISTYNA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE Hospital 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.

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

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1005544047 **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 05:45 PM

Código Verificación: **NJ17L2G4DY**

Válida hasta: **08/11/2026**

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 **Laura Kristyna Neira Cardenas**, con documento de identificación N° **1005544047**, tenga antecedentes deontológicos disciplinarios en ninguno de ellos.

Este certificado tiene validez de tres (03) meses.

Se expide en Bogotá, D.C., el 10 de agosto de 2026.

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

31Q8qsBePGm9PKB44iMg
Para validar este documento ingrese en el siguiente link:
https://sara.colpsic.org.co/publico/validar-documento

DECLARACIÓN JURAMENTADA INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES Y COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

Socorro, 11 de Agosto, 2026

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

REFERENCIA: CONTRATACION

La suscrita: **LAURA KRISTYNA NEIRA CARDENAS**, manifestamos bajo la gravedad de juramento, que no me hallo incursos en causal alguna de inhabilidad e incompatibilidad de las señaladas en la Constitución y en la Ley y no me encuentro en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar. **En especial, manifiesto que no me hallo reportada en el Boletín de Responsables Fiscales vigente.**

COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

La suscrita: **LAURA KRISTYNA NEIRA CARDENAS** identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en mi propio nombre, manifiesto que:

1. Apoyo la acción del Estado colombiano y de E.S.E Hospital Regional Manuela Beltrán para fortalecer la transparencia y la rendición de cuentas de la administración pública.
2. Me comprometo a no ofrecer y no dar dádivas, sobornos o cualquier forma de halago, retribuciones o prebenda a servidores públicos o asesores de la Entidad Contratante, directamente o a través de sus empleados, contratistas o tercero.
3. . Me comprometo a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o efecto la colusión en el Proceso de Contratación del plan de intervenciones colectivas

   _____
4. Me comprometo a revelar la información que sobre él **prestación de servicios como psicóloga del proyecto Plan de intervenciones colectivas Departamental Municipio de Palmas del Socorro**
5. me soliciten los organismos de control de la República de Colombia.
6. Me comprometo a comunicar el contenido del presente Compromiso Anticorrupción, explicar su importancia y las consecuencias de su incumplimiento por mi parte.
7. Conozco las consecuencias derivadas del incumplimiento del presente compromiso anticorrupción.

En constancia de lo anterior firmo este documento a los 11 días del mes de Agosto 2026.



Laura Kristyna Neira Cardenas
C.C 1005544047

P&S GESTIÓN INTEGRAL SHI S.A.S.
NIT: 901116603-9
Dir: Calle 49#24-16 Barrio Colombia,
Barrancabermeja - Santander, Colombia
Cel: 300 325 0119 - E-mail: pysgestionintegral@gmail.com
IPS DE EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES Y
CENTRO DE RECONOCIMIENTO PARA CONDUCTORES (CRC)
Código de habilitación Secretaría de Salud 6808170247
Código de acreditación ONAC 24-CEP-022
ISO/IEC 17024:2012
Resolución 217 de 2014, 5228 de 2016, 20203040011355 de 2020 Y 20223040030355 de 2022
del Ministerio de Transporte



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 5.712

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
11 DÍA	08 MES	2026 AÑO	BARRANCABERMEJA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE-INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES

CIIU (Actividad Económica) del empleador: **10 - ASALARIADOS.**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
NEIRA CARDENAS LAURA KRISTYNA	FEMENINO	23 AÑOS 1 MESES 9 DÍAS	CC (Tipo)	1005544047 (Número)

Cargo: PSICOLOGA

EPS	AFP	ARL
NUEVA EPS	COLPENSIONES	NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL: **CUMPLE CON EL PERFIL DEL CARGO**

Observaciones: *NO APLICA*

APTO | ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
SE ENTREGA FORMATO DE REMISIÓN A EPS	SVE CARDIOVASCULAR	HÁBITOS SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : SE REMITE A EPS SEGUN HALLAZGOS EN PESO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
ESPECIALISTA : VALORACION POR NUTRICION POR ALTERACIONES DEL PESO	CAPACITACIÓN : ESTILOS DE VIDA Y TRABAJO SALUDABLE, PREVENCION DEL RIESGO CARDIOVASCULAR, HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
SE ENTREGA FORMATO DE RECOMENDACIONES Y REMISIONES MEDICAS LABORALES	USO DE EPP DE ACUERDO A LOS PELIGROS Y/O RIESGOS DE LA EMPRESA	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SE REMITE A EPS SEGUN HALLAZGOS EN PESO; VALORACION POR NUTRICION POR ALTERACIONES DEL PESO

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Angela Calderón Mejia
MÉDICO LABORAL
C.C 63.456.647
RM. 02115-98 RO. 03634

Firma:

Nombre: CC: 63456647 - ANGELA DEL ROSARIO CALDERON

R. M.: 02115-98 L.S.O.: 03634

Código de Seguridad
X1745D1J5712

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: NEIRA CARDENAS LAURA KRISTYNA

CC: 1005544047



	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 :	Socorro- Santander	FECHA	11	8	25

AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD

DATOS DEL ESTUDIANTE, AFILIADO O TRABAJADOR

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	NRO IDENTIFICACIÓN
NEIRA	CARDENAS	LAURA KRISTYNA	1005544047

SEXO	F [X]	M [ ]	EDAD (años)	23	ESTADO CIVIL	Casado [ ]	Soltero	[X] U. Libre	[ ] Separado [ ]
EPS	Nueva EPS		AFP	COLPENSIONES			ARL	SURA	
Cargo	PSICOÓLOGA		Dependencia						

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

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		Astigmatismo
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 dias de incapacidad médica?		X	
¿Tiene Ud. algún hobbie, o practica algún deporte? ¿Cual(es)? ¿Qué tiempo le dedica a cada uno?		X	
¿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 verídica 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 1005544047	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

Clínica FOSCAL San Gil

CLINICA SANTA CRUZ DE LA LOMA S.A
NIT: 800.215.758 - 1

CERTIFICA

Que LAURA KRISTYNA NEIRA CARDENAS, Identificada con cedula de ciudadanía No. 1.005.544.047 estudiante de PSICOLOGIA de la Universidad Autónoma de Bucaramanga extensión Unisangil, cumplió con 256 horas en su periodo de prácticas profesionales en Psicología Organizacional, desde el 04 agosto de 2025 hasta el 21 de noviembre de 2025 por medio del Convenio de Practica.

Jornada: Medio tiempo - diurna
Horario: Lunes y Martes 7am a 12pm, miércoles 7am a 10am y viernes 7am a 10am
Horas Semanales: 16

Funciones Desarrolladas

1. Apoyar a la clínica Santa Cruz de la Loma en procesos propios de la gestión del talento humano, tales como reclutamiento, selección, inducción, capacitación y formación y evaluación del desempeño.

2. Diseñar e implementar estrategias para el mejoramiento, fortalecimiento y aseguramiento del bienestar en cada uno de los funcionarios de la clínica Santa Cruz de la Loma.

3. Apoyar las diferentes actividades encaminadas al cumplimiento de la seguridad y la salud en el trabajo de la clínica Santa Cruz de la Loma

En constancia de lo anterior, se expide este documento en la ciudad en la ciudad de San Gil (S) a los veinticinco (25) días del mes de noviembre de dos mil veinticinco (2025)

Cordialmente

Gloria Alexandra López Suárez
Profesional en Talento Humano
Clínica Santa Cruz de la Loma

Scanned with CamScanner

LA SUBDIRECTORA CIENTIFICA DE LA E.S.E HOSPITAL REGIONAL DE SAN GIL

CERTIFICA

Que, **LAURA KRISTYNA NEIRA CARDENAS,** identificada con cedula de ciudadanía N° 1.005.544.047, estudiante del Programa de PSICOLOGIA de la Universidad Autónoma de Bucaramanga-UNAB, realizo su PRACTICA CLINICA EN PSICOLOGIA en la E.S.E. Hospital Regional de San Gil, en el periodo, con la fecha de inicio 03 de febrero de 2025 al 30 de mayo de 2025; cumpliendo a cabalidad con los objetivos propuestos y adaptándose eficazmente a la dinámica de trabajo de la institución.

Por otra parte, este documento respalda que la estudiante anteriormente mencionada, se encuentra a Paz y Salvo con la institución, en cuanto a los recursos tanto técnicos como materiales utilizados para la ejecución de su práctica.

En constancia de lo anterior, se firma en san Gil, a los treinta (30) días del mes de mayo del año 2025

MAGDA LILIANA VARGAS QUINTERO
SUBDIRECTORA CIENTÍFICA
E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE SAN GIL

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LAURA KRISTYNA NEIRA CARDENAS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1005544047,** se encuentra afiliado/a desde **01/03/2024** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 11 de agosto de 2026.



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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

30411142

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

No.Radicación: 549203

FECHA DE RADICACIÓN: 11 08 2026

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [X] B. REPORTE DE NOVEDADES [ ]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO: N0765

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: NEIRA | SEGUNDO APELLIDO: CARDENAS | PRIMER NOMBRE: LAURA | SEGUNDO NOMBRE: KRISTYNA

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC | 10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1005544047 | 11. SEXO BIOLÓGICO: F [X] M [ ] | 12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [X] M T NB Otro Cual?

13. NACIONALIDAD: COLOMBIA | 14. LUGAR DE NACIMIENTO: COLOMBIA / SANTANDER / SOCORRO | 15. FECHA NACIMIENTO: 02 07 2003

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 6 | 17. OSOORIDAD INDÍGENA | 18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X] CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD | 19. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI [ ] NO [X] | 20. CLASIFICACIÓN SISBÉN: NIVEL / GRUPO | 21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL | 22. ARL: NINGUNA

23. AFP: COLPENSIONES | 24. IBC: $1,750,905.00 | 25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: $0.00 | 26. RESIDENCIA | DIRECCIÓN: CL 19 14 61

TELÉFONO FIJO | TELÉFONO CELULAR: 3113607903 | CORREO ELECTRÓNICO: neiralaura0207@gmail.com | DEPARTAMENTO: SANTANDER

MUNICIPIO/ DISTRITO: SOCORRO | LOCALIDAD/COMUNA | ZONA: CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ] | IPS: 4844

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR – Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

27. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 30. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ] | 31. SEXO IDENTIFICACIÓN: F M T NB Otro Cual?

32. NACIONALIDAD | 33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS / DEPARTAMENTO / MUNICIPIO | 34. FECHA NACIMIENTO: DÍA MES AÑO

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO	40. SEXO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS	DEPART.	MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO: DÍA	MES	AÑO
01												
02												
03												
04												
05												

	Datos complementarios del Beneficiario: 43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. DOMICILIO	46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBÉN: SI	NO	48. CLASIFICACIÓN SISBÉN: NIVEL	GRUPO	49. DISCAPACIDAD: SI	NO	CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD	50. BENEFICIARIO PERMANENTE: SI	NO	51. Datos de residencia: DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA: CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	RESTO RURAL
01							I. II.												
02							I. II.												
03							I. II.												
04							I. II.												
05							I. II.												

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (A ASIGNARSE POR LA EPS)
01							
02							
03							
04							
05							

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

55. Nombre o razón social | 56. Tipo documento de identificación: NI TI CC CE SC PA CD PT | 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 (MS/ PITO)

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O 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.1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
14. MOVILIDAD A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
15. TRASLADO A) MISMO RÉGIMEN B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 62. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ] | 63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F M T NB Otro Cual?

64. FECHA NACIMIENTO: DÍA MES AÑO | 65. EPS ANTERIOR | 66. FECHA DE NOVEDAD: 11 08 2026 | 67. MOTIVO DE TRASLADO Código | 68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que sí(os) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí. [ ]
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. Anexo soporte de la Entidad [ ]
72. Declaración de no intermediación 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 entregue 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 vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de 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. a) Autorizo mi consentimiento expreso para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos [X]
b) Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE) [X]
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 hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | NÚMERO DOCUMENTO

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional

81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: [UN] [NS] [RC] [TI] [CC] [CE] [SC] [PA] [CD] [AS] [PT] Cantidad: Total

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 las que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

Total Anexos

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL | Código del Municipio | Código del departamento | 93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN.

94. APELLIDOS Y NOMBRES

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | 95. FIRMA DEL FUNCIONARIO | 96. FECHA DE RADICACIÓN: DÍA MES AÑO | 97. FECHA DE VALIDACIÓN: DÍA MES AÑO

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.

- ORIGINAL: E.P.S. -

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

Autorización de mensajes de texto. (Circular externa 000016 mayo de 2013)

Yo, LAURA KRISTYNA NEIRA CARDENAS identificado (a) con RC | TI | CC | CE | CC | PA | RC | PT

número 1005544047 de SOCORRO, certifico que:

1	¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SÍ[X] No[ ]
2	¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	SÍ[X] No[ ]
3	¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SÍ[X] No[ ]
4	¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	SÍ[X] No[ ]
5	¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	SÍ[X] No[ ]

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. 3113607903
y/o correo electrónico: neiralaura0207@gmail.com
SÍ[X] No[ ]
Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico. SÍ[X] No[ ]
Consulte la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en el micrositio Web https://www.nuevaeps.com.co/carta-derechos-deberes
Evitando impresiones para ser amigable con el planeta SI [X] NO [ ]

Declaración juramentada de convivencia: Declarar que convivo con el(la) señor(a) _____ identificado(a) con _____ No. _____ de _____ del año _____

Cordialmente:

Firma: [signature]
Tipo ID: CC No. ID: 1005544047
Fecha de Solicitud: 11/08/2026
Dirección: CL 19 14 61
Tel: 3113607903 Municipio: SOCORRO
Departamento: SANTANDER
Huella

Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:

Firma: _____
Tipo ID: _____ No. ID: _____
Fecha (dd/mm/aaaa): _____
Dirección: _____
Tel: _____ Municipio: _____
Departamento: _____
Huella

Manifiesto con mi firma la aceptación de todas las declaraciones y términos incorporados en este formato y el consentimiento expreso, previo e informado en relación con el tratamiento de mis datos personales que hará NUEVA EPS S.A., en sujeción a la política para el tratamiento de datos personales de la NUEVA EPS S.A.

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1995, a NUEVA EPS S.A. para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service - , correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.
Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

Aviso de privacidad

Hago constar expresamente que NUEVA EPS S.A. me informó sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:

* Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
* Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
* Solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
* Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.
* Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
* Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución.

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.A., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web. www.nuevaeps.co
Régimen Contributivo:
Línea Gratuita: 01 8000 954400
Línea de atención en Bogotá: (601) 307 7022
Régimen Subsidiado:
Línea Gratuita: 01 8000 95 2000
Línea de atención en Bogotá: (601) 307 7051
Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
Conmutador: (601) 419 3000
Dirección Administrativa: Carrera 85k No 46A – 66 Piso 2

Sr.(a) afiliado(a), la información por usted suministrada en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o demás documentos anexos, serán utilizados por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información únicamente para los fines específicos relacionados con la administración y prestación de servicios en salud de Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 "Hábeas Data"; dicho tratamiento podrá implicar la trasferencia, trasmisión y/o recepción de los datos, y el cual se realizará a través de sí misma, terceros encargados de tratamiento de información o de sus aliados comerciales, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio, de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMMLV

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE VIVIENDA PROPIA		PRODUCTOR AGROPECUARIO	
				SÍ		SÍ	
INDEPENDIENTE	NINGUNA	COLPENSIONES	$1750905	NO	X	NO	X

Nivel de Escolaridad								Posición Ocupacional						Inicio Contrato	Fin Contrato
	Ninguno		Secundaria		Normalista		Profesional	X	Doctorado		Patrón/Empleador		Contratista	X	Trabaja por su Cuenta		11/08/2026	
	Preescolar		Media académica o clásica (bachillerato básico)		Técnico Profesional		Especialización		Último Grado									
	Básico Primaria		Media Técnica (bachillerato básico)		Tecnológica		Maestría		Aprobado									

SEÑOR USUARIO, TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA, RECUERDE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DECIDA NO CONTINUAR CON LOS SERVICIOS DE SALUD, EL NO HACERLO LE GENERA MORA, LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA. DECRETO 806 ART. 57 DE 1998 Y ART. 58 DECRETO 1406 DE 1999

SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO	Nombre del Tercero	Tipo de Identificación	NIT	C.C	C.E.	Identificación del Tercero que realiza el Aporte	DV
			P.A.	T.I.	C.D.		

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR	CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR	Nombre de OFICINA	CIUDAD Y FECHA
Adriana Marcela Huertas Aguilar	N0765		

E.S.E Hospital Regional Manuela Beltrán
II Nivel. El Socorro - Santander

FORMATO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE-SARLAFT/PADM

MACROPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO
PROCESO SISTEMA DE GESTIÓN DEL RIESGO

CÓDIGO
XXXX
VERSIÓN
XXX

E.S.E Hospital Regional Manuela Beltrán II Nivel. El Socorro - Santander	ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN SOCORRO	Cód.: GJ-FO-21	Versión: 02
		Fecha: 05/12/2025	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	11	AGOSTO	2026	DEPARTAMENTO	Santander	CIUDAD	Socorro

CLASE DE VINCULACIÓN					
Cliente		Proveedor	x	Colaborador	

DATOS PERSONA NATURAL

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
LAURA	KRISTYNA	NEIRA	CARDENAS

TIPO DE IDENTIFICACIÓN				No. IDENTIFICACIÓN	LUGAR DE EXPEDICIÓN	FECHA DE EXPEDICIÓN
C.C.: X	C.E.	T.I.	OTRO	1.005.544.047	YONDOÓ- ANTIOQUIA	09/07/2021

FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	PROFESIÓN U OFICIO	TELÉFONO CELULAR
02/07/2003	SOCORRO-SANTANDER	PSICOÓLOGA	3113607903

DIRECCIÓN RESIDENCIA	CALLE 19 #14-61

FECHA CORTE DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA (DD/MM/AAAA)			11	agosto	2026
TOTAL ACTIVOS	0	TOTAL PASIVOS	0	TOTAL PATRIMONIO	0
INGRESOS MENSUALES	2000000	EGRESOS MENSUALES	1500000	OTROS INGRESOS MENSUALES	0
ESTADO CIVIL	soltera	CORREO ELECTRÓNICO	neiralaura0207@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	n\a	Nombre	n\a	Cargo	n\a		
¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países?						NO	X

DATOS PERSONA JURÍDICA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	NIT	DV
N\A	N\A	N\A

TIPO DE EMPRESA			SECTOR DE LA ECONOMÍA	CIIU
PÚBLICA	PRIVADA	MIXTA	N\A	N\A

DIRECCIÓN OFICINA PRINCIPAL	TELÉFONO (S)
N\A	N\A

FECHA DE CORTE DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA	N\A	N\A	N\A

TOTAL ACTIVOS	TOTAL PASIVOS	TOTAL PATRIMONIO	TIENE SUCURSALES	
N\A	N\A	N\A	SI	NO

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
N\A	N\A	N\A	N\A

TIPO DE IDENTIFICACIÓN					No. IDENTIFICACIÓN
C.C.	C.E.	T.I.	OTRO	CUÁL	N\A

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.
N\A				
N\A				
N\A				
N\A				

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 x

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:	Manutención

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.

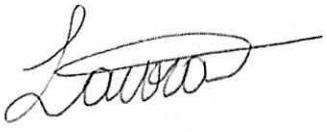
Capital Salud EPS podrá terminar unilateral e inmediatamente el vínculo contractual, al proveedor o colaborador, cuando:

* 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.

* Sean condenados por parte de las autoridades competentes por cualquiera de los delitos fuente del Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo, Financiacion de la Proliferacion de Armas de Destruccion Masiva – LA/FT/FPADM, corrupcion, opacidad, fraude o soborno descritos en el Código Penal Colombiano.

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 11 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			
CARGO			
FECHA			

POSITIVA

GRUPO BICENTENARIO

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

Laura Kristyna Neira Cardenas identificado con CC. 1005544047 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	2026/08/18	**Fecha inicio contrato**	2026/08/18
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 14 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: **CC14082026N1005544047A21208643.** Este código es válido por un mes.

CER_AFI_2026030587812

Cordialmente,

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

Socorro, agosto de 2026

Doctor
ROBINSON SARMIETO GARCIA
Gerente
E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltrán

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

MODALIDAD: CONTRATACIÓN DIRECTA

OBJETO:
"PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGO (A) PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACCIONES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DEPARTAMENTALES PARA EL MUNICIPIO DE PALMAS DEL SOCORRO DE CONFORMIDAD CON EL CONTRATO INTERADMISNITRATIVO No. CO1.PCCNTR.9593704 SUSCRITO ENTRE LA SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER Y LA E.S.E. HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRÁN"

PRESUPUESTO OFICIAL: DIECISIETE MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS PESOS MCTE ($17.886.700)

a continuación, se procede a realizar la verificación de los requisitos condiciones y calidad del oferente LAURA KRISTYNA NEIRA CARDENAS:

PROPONENTE: LAURA KRISTYNA NEIRA CARDENAS		
	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,		X
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.		X
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.	X	
ANTECEDENTES FISCALES PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL PERSONA JURIDICA. De conformidad con lo consagrado en el articulo 60 Ley 610 de 2000 y el parágrafo primero del articulo 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 o Uniones Temporales cada uno de los miembros que lo componen debe cumplir con este requisito.	X	
ANTECEDENTES FISCALES EMPRESA / PERSONA JURIDICA. De conformidad con lo consagrado en el articulo 60 Ley 610 de 2000 y el parágrafo primero del articulo 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, parao 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.	X	
CERTIFICADO DE INHABILIDADES POR DELITOS SEXULES 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 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 el 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.	**X**	

EXPERIENCIA	CUMPLE SI / NO
El proponente deberá acreditar experiencia profesional o relacionada con mínimo 6 meses. Esta experiencia debe ser demostrada con actas de liquidación de contratos, actas de inicio, certificaciones o contratos celebrados con entidades hospitalarias públicas o privadas.	**SI**

Dado en Socorro, a los 14 días del mes de agosto de 2026.

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