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
BAYONA	SALAZAR	PAOLA ANDREA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 52410214	F ⊗ M ○ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 08 MES 06 AÑO 1980	CARRERA 19 36N 35 apto 208 TORRE ALAMEDA			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	QUINDÍO
DEPTO	BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO	ARMENIA		
MUNICIPIO	BOGOTÁ. D.C.	TELÉFONO		EMAIL	pabs1208@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	1998

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	9	X		TERAPIA OCUPACIONAL	06	2005	013646

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* ARMENIA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	16	*Mes*	03	*Año*	2025	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL TERAPEUTA OCUPACIONAL	*DEPENDENCIA* AREA DE SANIDAD QUINDIO						*DIRECCIÓN* CARRERA 13A 1A 117 FRENTE AL PARQUE FUNDADORES					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* ARMENIA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6067368926	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	21	*Mes*	09	*Año*	2023	*Día*	28	*Mes*	02	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL TERAPEUTA OCUPACIONAL	*DEPENDENCIA* AREA DE SANIDAD QUINDIO						*DIRECCIÓN* CARRERA 13A 1A 117 NORTE EDIFICIO LOPEZ					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD IPS CUIDARTE TU SALUD			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* ARMENIA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	10	*Año*	2015	*Día*	02	*Mes*	10	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL TERAPEUTA OCUPACIONAL	*DEPENDENCIA* "CONSULTA EXTERNA"						*DIRECCIÓN* CARRERA 18 1N 18 BARRIO LA NUEVA CECILIA					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* ARMENIA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	11	*Mes*	05	*Año*	2023	*Día*	08	*Mes*	09	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL TERAPEUTA OCUPACIONAL	*DEPENDENCIA* AREA DE SANIDAD QUINDIO						*DIRECCIÓN* CARRERA 13A 1A 117 NORTE EDIFICIO LOPEZ					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* ARMENIA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	19	*Mes*	04	*Año*	2022	*Día*	19	*Mes*	04	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL TERAPEUTA OCUPACIONAL	*DEPENDENCIA* AREA DE SANIDAD QUINDIO						*DIRECCIÓN* CARRERA 13A 1A 117 NORTE EDIFICIO LOPEZ					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* ARMENIA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2020	*Día*	15	*Mes*	03	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL TERAPEUTA OCUPACIONAL	*DEPENDENCIA* AREA DE SANIDAD QUINDIO						*DIRECCIÓN* CARRERA 13A 1A 117 NORTE EDIFICIO LOPEZ					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* ARMENIA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	02	*Año*	2019	*Día*	20	*Mes*	02	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL TERAPEUTA OCUPACIONAL	*DEPENDENCIA* AREA DE SANIDAD QUINDIO						*DIRECCIÓN* CARRERA 13A 1A 117 NORTE EDIFICIO LOPEZ					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	11	6
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	6	11
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento ARMENIA, 27/07/2026

Paola A. Bayona S

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.

Armenia – julio 2026

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
CONSTANCIA DE IDONEIDAD Y EXPERIENCIA	

Armenia Q, 30 de Julio de 2026

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL – **UNIDAD PRESTADORA DE SALUD QUINDIO**

En mi calidad de dueño de la necesidad como TERAPEUTA ESPRI ARMENIA, hago constar, que una vez verificada la hoja de vida de la señora PAOLA ANDREA BAYONA SALAZAR identificada con la cedula de ciudadanía No.52.410.214 de Bogotá D.E , domiciliado en la Cra 19ª No 36N-38 Torre Alameda 19 apto 208 de Armenia Quindío, se examina cada uno de los documentos aportados por el profesional que se pretende contratar, la información anexa (títulos, constancias, certificados), fueron verificados y acotejados en las entidades y cada uno de los portales o sistemas de consultas. En este sentido se envían ( ) folios.

Referente al concepto medico ocupacional fue revisado por la profesional Andrea Ballesteros Niño del área de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Unidad Prestadora de Salud Quindío.

Además, el mencionado profesional prestó sus servicios como Terapeuta Ocupacional de 8 horas, demostrando sus habilidades, competencias e idoneidad, cumpliendo a satisfacción con el objeto contractual, el cual se encuentra relacionado con el presente estudio previo

Nota: Toda la información debe estar foliada de acuerdo al procedimiento de archivo de la Policía Nacional; así mismo se deben enviar firmas originales, no se aceptan firmas escaneadas.

SM 12-6 CAROLINA VASQUEZ RIASCOS
Fisioterapeuta ESPRI Armenia

SM 14 ANDREA BALLESTEROS NIÑO
Profesional en Seguridad y Salud en el Trabajo



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DEPARTAMENTO DE POLICIA QUINDIO
GRUPO PRESTADOR DE ATENCIONES EN SALUD

GS-2026- 072792 / UPRES-- GUPAS – 20.1

Armenia,Quindio 06 de Agosto de 2026

Doctora
PAOLA ANDREA BAYONA SALAZAR
Aspirante Vacante Terapeuta Ocupacional
Armenia, Quindío

Asunto: Convocatoria y condiciones para la contratación de Profesional en Terapia Ocupacional

Respetuosamente, me permito informar que se encuentra disponible la vacante para la contratación de la "PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA OCUPACIONAL PARA LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD QUINDÍO".

Las condiciones generales de la contratación son las siguientes:

- Honorarios mensuales: $3.835.920,00
- Intensidad horaria: 44 horas semanales, 190 horas laborales presenciales al mes.
- Plazo de ejecución: Tres (03) meses y Quince (15) dias, contados a partir de la fecha de notificación.

Objeto:
Contratar la prestación de servicios profesionales de un Terapeuta Ocupacional para fortalecer el equipo de rehabilitación de la Unidad Prestadora de Salud Quindío, mediante la atención integral, valoración, diagnóstico ocupacional, diseño y ejecución de planes de tratamiento individualizados de los usuarios, así como su participación activa como integrante del equipo interdisciplinario en las Juntas de Certificación en Discapacidad y Juntas de Rehabilitación, de conformidad con el Instructivo 005 del 20 de Julio de 2026 del subsistema de salud de la Policía Nacional, las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) y los programas del ESPRI Quindío.

Obligaciones y Funciones Principales:

1. Diligenciamiento del SISAP: Registrar la macro agenda en el sistema de información en salud de manera obligatoria, conforme al Instructivo No. 003 DISAN-PLANE del 07/01/2021.
2. Actualización normativa: Participar activamente en la actualización de los manuales del servicio.
3. Gestión institucional: Asistir a las reuniones convocadas por la UPRES.
4. Apoyo misional: Brindar soporte a los diferentes programas ejecutados por la UPRES.

En caso de aceptar las condiciones económicas, de tiempo y de funciones aquí expuestas, favor manifestarlo por escrito.

Atentamente,

SM 126 **CAROLINA VASQUEZ RIASCOS**
Fisioterapeuta Unidad Prestadora de Salud Quindío

Elaboró: Servidor Misional 12-6 Carolina Vásquez Riascos
Fisioterapeuta
Unidad Prestadora de Salud Quindío
Fecha de elaboración: 06/08/2026
Ubicación: Mis Documentos/contratos/2026

Carrera 13 a No 1ª-117 Frente al Parque Fundadores
Tels. (606) 7368926
dequi.upres-gps@policia.gov.co
www.policia.gov.co

INFORMACIÓN PÚBLICA

Armenia, 06 de Agosto de 2026

Doctora
CAROLINA VASQUEZ RIASCOS
Fisioterapeuta Unidad Prestadora de Salud Quindío
Armenia Quindío

ASUNTO: Aceptación y ofrecimiento de mis servicios para contrato por prestación de servicios

De manera atenta me permito informar que una vez, enterada de las actividades, honorarios y tiempo de duración del contrato, acepto las condiciones que en ellas se implementen para cumplir con la misionalidad requerida como TERAPEUTA OCUPACIONAL para la Unidad Prestadora de Salud Quindío, en respuesta al comunicado oficial. GS-2026- 072792-DEQUI de fecha 06/08/2026.

Agradezco la información y estaré atenta a la continuación del proceso a seguir.

Atentamente,

PAOLA ANDREA BAYONA SALAZAR
Cedula No. 52.410.214 Expedida en Bogota D.C
Terapeuta Ocupacional

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	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2026-07-29 07:35

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
PAOLA	ANDREA	BAYONA	SALAZAR

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	52410214

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	BOGOTÁ. D.C.	BOGOTÁ. D.C.

Lugar de domicilio

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	QUINDÍO	ARMENIA

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	DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL

Lugar de sede

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	BOGOTÁ. D.C.	BOGOTÁ. D.C.

Dirección	["CARRERA 10 N 27 51 "]
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	$32.870.223,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$32.870.223,00

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	$1.500.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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:



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.410.214

BAYONA SALAZAR

APELLIDOS

PAOLA ANDREA

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-JUN-1980

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

13-AGO-1998 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-5200100-00131304-F-0052410214-20081124 0006882035A 1 6740014203

La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre el

Colegio San Luis

Autorizado por La Secretaría de Educación del Distrito
según Resolución No. 2368 del 12 de Noviembre de 1991

Confiere a:

Paola Andrea Bayona Salazar

Identificado con T.I. No. 800608-01073 De Bogotá

El Título de

Bachiller Académico

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

Rector

Secretaria

Anotado al Folio 47 del Libro para Control Interno de Diplomas No. 02

Dado en Santafé de Bogotá, D.C., a 27 de Noviembre de 199 8

* No requiere registro, según decreto 921 del 6 de Mayo de 1994 *

Textdepot Ltda.

Acta Individual de Grado
COLEGIO SAN LUIS DE LA POLICIA NACIONAL
Avenida Boyacá No. 142 A-55
Teléfono 6855088 – 6855151
Bogotá, D.C.

Inscripción S.E. 1735
Inscripción Dane 311769-001552

En la ciudad de Bogotá, D.C. a los 6 días del mes de diciembre de 2002, se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria Académica en la Rectoría del **COLEGIO SAN LUIS DE LA POLICIA NACIONAL,** Institución aprobada en el Nivel de Educación Media y autorizada por la Secretaría de Educación del Distrito, para otorgar el Título de Bachiller Académico, según Resolución No. 2368 de noviembre 12 de 1991.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media, se procedió a otorgar el **TITULO DE BACHILLER ACADEMICO,** al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

PAOLA ANDREA BAYONA SALAZAR
D.I. No. 800608-01073 expedido en Bogotá

Es fiel copia tomada del Acta Original General de Graduación No. **18** del **27 de Noviembre del año 1998** que consta de **95** estudiantes; que comienza con el nombre de **ACEVEDO ROMERO PAOLA ANDREA** y cierra con el nombre de **ZAPATA LINARES ANDREA DEL PILAR.**

Firmada y Sellada por:

Coronel (R) Lic. ALVARO ARTURO ESGUERRA VELEZ (Rector) y Sra. LUCY PLAZAS DE VALDERRAMA (Secretaria Académica)

Dada en Bogotá, D.C., a los 27 días del mes de Febrero de 2013.

No requiere ser registrada, según Decreto No. 921 del 6 de Mayo de 1994 del MEN
(Firmado y sellado)

Coronel (R) **HERIBERTO DE JESUS NARANJO CARDONA**
CC. 70.106.361 de Medellín
Rector

Lic. **ANA ROSA ROJAS CORTES**
CC. 51.803.431 de Bogotá
Secretaria Académica

sanluisacrel@hotmail.com
Avenida Boyacá No. 142 A-55
6855151 – 6855088



UNIVERSIDAD MANUELA BELTRAN

UMB

PERSONERIA JURIDICA RESOLUCION No. 4974 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 2004
DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

EL SEÑOR RECTOR DE ACUERDO A LO DISPUESTO EN EL ARTICULO
24 DE LA LEY 30 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 1992 y CONFORME A SUS FACULTADES
ESTATUTARIAS, CONFIERE A:

Paola Andrea Bayona Salazar

C.C. No. 52 410 214 Santafé de Bogotá, D.C

EL TITULO DE

Terapeuta Ocupacional

POR HABER CUMPLIDO CON TODOS LOS REQUISITOS ACADEMICOS Y LEGALES.

EN TESTIMONIO DE ELLO EXPIDE, FIRMA Y SELLA EL PRESENTE DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE BOGOTA, D.C.

A LOS 1 DIAS DEL MES Julio DE 2005

UNIVERSIDAD MANUELA BELTRAN

PERSONERIA JURIDICA RESOLUCION No. 4974 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 2004
DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

ACTA DE GRADO No. 6 LIBRO No. 5 FOLIO No. 6

EL SEÑOR RECTOR DE ACUERDO A LO DISPUESTO EN EL ARTICULO
24 DE LA LEY 30 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 1992 y
CONFORME A SUS FACULTADES ESTATUTARIAS, CONSIDERANDO QUE:

PAOLA ANDREA BAYONA SALAZAR

C.C. No. **52.410.214** de **SANTAFE DE BOGOTA, D.C.**

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE TODOS LOS REQUISITOS EXIGIDOS
POR LOS ACUERDOS Y REGLAMENTOS DE LA ENTIDAD,
RESUELVE OTORGARLE EL TITULO DE:

TERAPEUTA OCUPACIONAL

EN NOMBRE Y REPRESENTACION DE LA UNIVERSIDAD MANUELA BELTRAN, UMB
Y PREVIO EL JURAMENTO DE RIGOR, EL SEÑOR RECTOR PROCEDIO
A LA ENTREGA DEL DIPLOMA QUE LE ACREDITA PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN
DE CONFORMIDAD CON LA LEGISLACION VIGENTE

EN TESTIMONIO DE LO ANTERIOR SE FIRMA Y SELLA LA PRESENTE ACTA DE GRADO
EN LA CIUDAD DE BOGOTA, D.C.
ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL Y TOMADO A LOS 1 DIAS DEL MES Julio DE 2005

RECTOR

DIRECTOR REGISTRO Y CONTROL ACADEMICO

DIRECTOR DE CARRERA

No. 0282

UNIVERSIDAD MANUELA BELTRAN

PERSONERIA JURIDICA 4974 DE DICIEMBRE 29 DE 2004
EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL
REGISTRO "ICFES" 1735

REGISTRO PROFESIONAL No. 013646

CERTIFICA QUE:

PAOLA ANDREA BAYONA SALAZAR
C.C. No 52.410.214 DE SANTAFE DE BOGOTA, D.C.

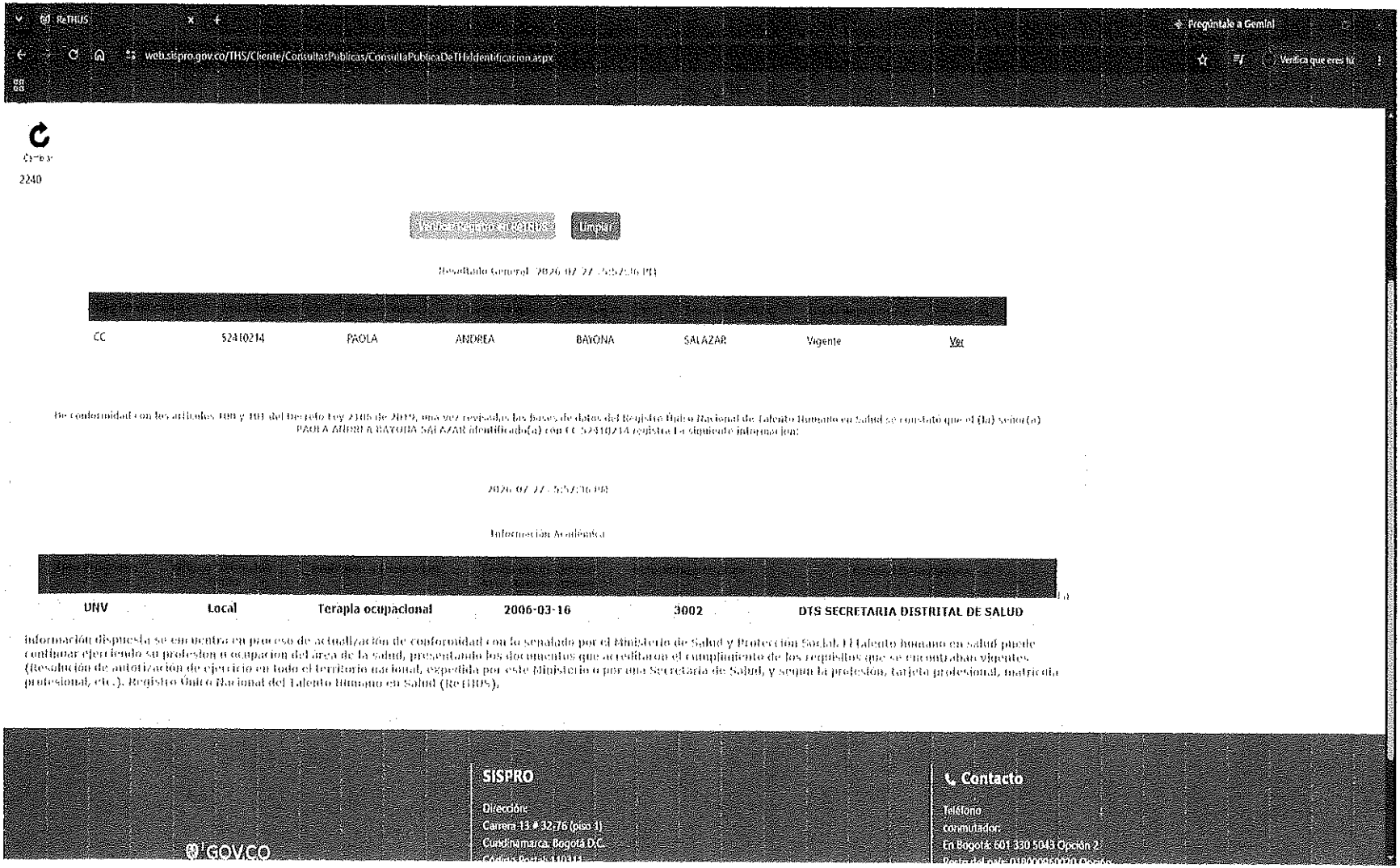
MEDIANTE ACTA No. 6 LIBRO 5 FOLIO 6 DIA 1 DE JULIO DE 2005
RECIBIO EL TITULO DE:

TERAPEUTA OCUPACIONAL

DESPUES DE VERIFICADO EL CUMPLIMIENTO DEL RESPECTIVO PENSUM ACADEMICO Y DEMAS REQUISITOS LEGALES, SE PROCEDE A REALIZAR LA INSCRIPCION EN EL REGISTRO PROFESIONAL No. 013646 DEL DIA 1 DE JULIO DE 2005

JESUS ALFREDO PULIDO CAÑON
Director Registro y Control Academico.

Bogotá, D.C. Campus Universitario Avda. Circunvalar No. 60-00 – Tels.: 546 06 00/56/58 – Fax: 546 06 38
Sede Extensión Bucaramanga: Cra. 27 No. 33-106 – PBX(7)634 34 40 – Línea 980 91 71 12
Dirección Internet: www.umb.edu.co
E-mail: registro@umb.edu.co


ReTHUS
web.sispro.gov.co/THS/Cliente/ConsultasPublicas/ConsultaPublicaDeTHSIdentificacion.aspx
Pregúntale a Gemini
Verifica que eres tú
2240
Limpiar
Resultado General 2026-07-27 5:57:16 PM
CC 52410214 PAOLA ANDREA BAYONA SALAZAR Vigente Ver
De conformidad con los artículos 108 y 109 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) PAOLA ANDREA BAYONA SALAZAR identificado(a) con CC 52410214 registra la siguiente información:
2026-07-27 5:57:16 PM
Información Académica
UNV Local Terapia ocupacional 2006-03-16 3002 DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
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).
gov.co
SISPRO
Dirección:
Carrera 13 # 32-76 (piso 1)
Cundinamarca, Bogotá D.C.
Contacto
Teléfono
conmutador:
En Bogotá: 601 330 5043 Opción 2

Secretaría
SALUD
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Resolución No 3002 de 16/03/2006

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D,C

Por la cual se autoriza el ejercicio de la profesión en el Territorio Nacional.

LA DIRECTORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el decreto 1875 de 1994 y resoluciones 02085 de Febrero 7 de 1989 y 449 de Febrero 8 de 1993 suscritas por el Ministerio de Salud y, Resolùción No. 001390 del 10 de Marzo de 1997 y

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) BAYONA SALAZAR PAOLA ANDREA Identificado(a) con CC número 52410214 expedida en SANTAFE DE BTA solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según TITULO de TERAPEUTA OCUPACIONAL otorgado por LA UNIVERSIDAD MANUELA BELTRAN el día 01/07/2005 y registrado en el libro 5 Folio 6 año 2005

Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a BAYONA SALAZAR PAOLA ANDREA identificado(a) con CC número 52410214 expedida en SANTAFE DE BTA para ejercer la profesión de TERAPEUTA OCUPACIONAL en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D,C.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde se autorizo el título o certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

ARTICULO TERCERO: Contra la presente resolución procede el recurso de reposición ante la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud en los términos establecidos en el código contencioso administrativo.

NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 16/03/2006

CLAUDIA HELENA PRIETO VANEGAS
Directora de Desarrollo de Servicios.

Elaboro :Victor Sánchez
Reviso : Adriano Lozano

Bogotá, D.C 10 abril 2006
A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) Paola A. Bayona
CC. # 52.410.214 Bogotá
Firma Paola A. Bayona.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
GOBERNACIÓN DEL QUINDÍO
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
INSCRIPCIÓN DEPARTAMENTAL



Nombres: PAOLA ANDREA
Apellidos: BAYONA SALAZAR
Cedula: 52.410.214 Bogotá D.C.
Profesión: Terapia Ocupacional

SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD
SOCIAL EN SALUD

ESTE CARNÉ ES DE USO EXCLUSIVO PARA EL PERSONAL DEL AREA DE LA SALUD.

REGISTRO No.: 3002/2006/SDSB.
LIBRO No.: BP
FOLIO No.: 9245
CODIGO No.: 63-P-9245
FECHA DE INSCRIPCION: 11/11/2015

José Antonio Correa López
Secretario de Salud Departamental

[redacted] SOCIAL EN SALUD

REHABILITAR I.P.S.
Nit: 39.013.141-9

CERTIFICACION

Que la Dra. PAOLA ANDREA BAYONA identificada con c.c no 52.410.214 de SANTAFE DE BOGOTA sostuvo contrato de prestación de servicios renovado varias veces, en nuestra empresa desde 27 de febrero del 2006 hasta el 31 de julio del 2007 desempeñándose como TERAPEUTA OCUPACIONAL.

En el tiempo que laboró en nuestra empresa se desempeño con excelentes resultados; demostrando profesionalismo y dedicación.

Se expide a solicitud de la interesada a los 10 días del mes de Agosto del 2007.

JANNET URIBE DAZA
Gerente

Carrera 25 No. 14–66 Telefax 6324359-6359591-6358895 El Yopal Casanare
Email: jannetud@hotmail .com

Cuidarte Tu Salud sas
CUIDANDO Y SIRVIENDO
NIT 900.241.765-4

A QUIEN INTERESE
CUIDARTE TU SALUD S.A.S.
NIT: 900.241.765-4

CERTIFICA QUE

El (a) señor (a) **BAYONA SALAZAR PAOLA ANDREA** identificado (a) con C.C. **52.410.214** de Bogotá, tiene contratos por prestación de servicios a partir del:

- (12) de noviembre de 2015- (31) de mayo de 2016
- (01) de junio de 2016- (30) de noviembre de 2016
- (01) de diciembre de 2016- (31) de mayo de 2017
- (01) de junio de 2017- (30) de noviembre de 2017
- (01) de diciembre de 2017- (31) de mayo de 2018
- (01) de junio de 2018- (30) de noviembre de 2018
- (01) de diciembre de 2018- (31) de mayo de 2019
- (01) de junio de 2019- (30) de noviembre de 2019
- (01) de diciembre de 2019- (31) de mayo de 2020
- (15) de junio de 2021-(30) de noviembre de 2021
- (01) de diciembre de 2021- (31) de mayo de 2022
- (01) de junio de 2022- Actualmente

Como **TERAPEUTA OCUPACIONAL** generando un promedio mensual en honorarios **$764.000= (setecientos sesenta y cuatro mil pesos M/cte.)** en el área de atención domiciliaria.

Esta certificación se expide a solicitud del interesado a los (06) días del mes de septiembre de 2022. Para cualquier información por favor comunicarse a los teléfonos (1) 3847450 – 3103422365-3103417073.

Cordialmente,

Coordinadora Talento Humano
Eje Cafetero

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DEPARTAMENTO DE POLICÍA QUINDÍO

EL DEPARTAMENTO DE POLICÍA QUINDÍO

C E R T I F I C A Q U E:

La señora **PAOLA ANDREA BAYONASALAZAR** identificada con Cédula No 52.410.214 de Bogotá D.C., suscribió los contratos de **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN COMO TERAPEUTA OCUPACIONAL PARA LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD QUINDÍO"**, en las vigencias del 2017,2018,2019,2020, 2021 y 2022 así:

CONTRATANTE: DEPARTAMENTO DE POLICÍA QUINDÍO
Avenida Centenario Calle 2 N Tel. 7383980 ext. 42326
NIT. 800.140.986-9

CONTRATISTA: PAOLA ANDREA BAYONASALAZAR
Cedula No 52.410.214 de Bogotá D.C..

MODIFICACIONES	FECHA INICIACION	FECHA TERMINACION	CONTRATO No.	VALOR	OBJETO
N/A	23/10/2017	31/01/2018	35-7-20109-17	$ 3.238.645,oo	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN COMO TERAPEUTA OCUPACIONAL PARA EL ÁREA DE SANIDAD DEL DEPARTAMENTO DE POLICÍA QUINDÍO.
N/A	15/02/2018	14/12/2018	35-7-20002-18	$ 14.871.340,oo	
ADICIÓN Y PRÓROGA 01	21/11/2018	29/01/2019		$ 2.230.695,oo	
N/A	15/02/2019	28/12/2019	35-7-20001-19	$ 15.565.334,oo	PRESTACION DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTIÓN COMO TERAPEUTA OCUPACIONAL PARA EL ÁREA DE SANIDAD QUINDÍO.
ADICIÓN Y PRÓROGA 01	29/011/2019	20/02/2020		$ 2.577.696,oo	
N/A	01/04/2020	31/12/2020	35-7-20010-20	$ 16.948.305,oo	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN COMO TERAPEUTA OCUPACIONAL PARA LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD QUINDÍO
ADICIÓN Y PRÓROGA 01	17/07/2020	15/03/2021		$ 4.707.870,oo	
N/A	29/09/2021	28/02/2022	35-7-20089-21	$ 10.209.157,oo	
EN EJECUCIÓN	19/04/2022	31/12/2022	35-7-20012-22	$ 16.925.706	
Total Contratos				$ 87.274.748,oo	

La anterior constancia se expide a solicitud del interesado, a los 07 SEP 2022

Coronel WILLIAM ALBERTO ZUBIETA PARDO
Comandante Departamento Policía Quindío (E).

Elaboro: SI. Reniel Eduardo Escobar Sabogal Analista de Contratos DEQUI
Revisó: TE Leidy Marcela Lara Valencia Jefe Grupo Contratos DEQUI

Fecha de elaboración: 07 de Septiembre de 2022
Archivo: D:\contratos\Certificaciones

Avenida Centenario Calle 2 Norte
Teléfono: 7383980 ext. 42326
dequi.ofcon@policia.gov.co
www.policia.gov.co

Cuidarte Tu Salud sas
CUIDANDO Y SIRVIENDO
NIT 900.241.765-4

CERTIFICACIÓN CONTRACTUAL

LA SUSCRITA DIRECTORA DE TALENTO HUMANO DE CUIDARTE TU SALUD S.A.S.

CERTIFICA QUE:

La señora **PAOLA ANDREA BAYONA SALAZAR** identificada con **C.C 52.410.214** de **BOGOTÁ** ; suscribió un contrato de prestación de servicios.

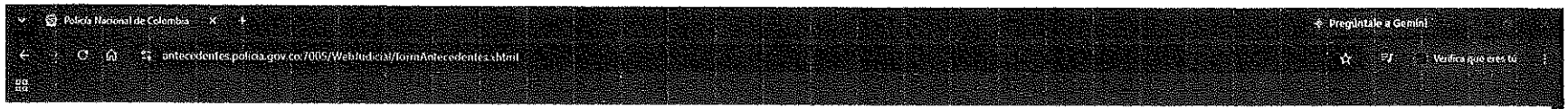
- 26 de junio de 2021 hasta 30 de noviembre de 2021.
- 1 de diciembre de 2021 hasta 31 de mayo de 2022
- 1 de junio de 2022 hasta 30 de septiembre de 2022

Como **PRESTADOR DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA OCUPACIONAL** en el programa de atención domiciliaria.

Esta certificación se expide a solicitud del interesado a los 27 días del mes de enero de 2025. Para cualquier información por favor comunicarse a los teléfonos 315 258 2777 – 3103422365. Por favor comunicarse a los teléfonos 315 2582777 – 3103422365.

Cordialmente,

SANDRA C. BARRAGAN
Directora Talento Humano
Elaborado por Camila Rojas
Asistente de Talento Humano



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES LEY 2455 / 2025 'LEY ÁNGEL'

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 06:06:05 PM horas del 27/07/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía N° **52410214**
Apellidos y Nombres: **BAYONA SALAZAR PAOLA ANDREA**

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

Volver al Inicio

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención ciudadano: Lunes a viernes 8:00 a.m. a 12:00 m. y 2:00 p.m. a 5:00 p.m.
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 20552 Bogotá
Resto del país: 018000 910 112
Email: [illegible]

PROCURADURÍA
GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 300140543

PIB
18:10:35

Bogotá DC, 27 de julio del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) PAOLA ANDREA BAYONA SALAZAR identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52410214:

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 27 de julio de 2026, a las 18:12:30, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	52410214
Código de Verificación	52410214260727181230

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

Policía Nacional de Colombia

(https://www.policia.gov.co/)

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, 27/07/2026 06:15:15 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **52410214** y Nombre: **PAOLA ANDREA BAYONA SALAZAR.**

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. **144636847** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 18:19:10 horas del 27/07/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **52410214,** Apellidos y Nombres **BAYONA SALAZAR PAOLA ANDREA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **Sanidad policia quindio**, con NIT **800140986-9** 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

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 52410214 **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 27/07/2026 06:23 PM

Código Verificación: **SY6QXM43HA**

Válida hasta: **25/10/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

FEDERACIÓN COLOMBIANA DE MUNICIPIOS | simit

PAZ Y SALVO

Cédula: **52410214**

Fecha de expedición: 27/07/2026

Te informamos que actualmente no tienes multas e infracciones pendientes de pago en los Organismos de Tránsito conectados a SIMIT.

Este documento fue expedido el 27 de julio de 2026 a las 06:26 p. m. **es de carácter gratuito** y es válido durante la fecha de expedición. Además, no aplica como documento para realizar pagos, es solo una consulta del estado de cuenta.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141090672841

(415)7707212489984(8020) 000014109067284 1

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	5 2 4 1 0 2 1 4

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
BAYONA	SALAZAR	PAOLA	ANDREA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Quindío 6 3	Armenia 0 0 1

41. Dirección principal: CR 19 36 N 38 AP 208

42. Correo electrónico: pabs1208@hotmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 0 6 0 6 2 8	8 2 9 9	2 0 0 6 0 6 2 8				2 2 2 3	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
54. Código																				

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024-08-02 / 08:31:12PM

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

Documento sin costo

ANEXO No. 2

FORMATO INFORMACION DE TERCEROS

DILIGENCIAR EN LETRA IMPRENTA, MAQUINA O COMPUTADOR

1.TIPO DE BENEFICIARIO

1. Consorcio o Unión Temporal	☐	1.10 Persona Natural Extranjera	☐
1.1 Departamento	☐	1.11 Persona Natural Nacional	☒
1.2 Empresa Pública Nacional no Financiera	☐	1.12 Persona Jurídica Nacional Sector Privado	☐
1.3 Empresa Pública Nacional Financiera	☐	1.13 Persona Jurídica Pública Administración Central Nacional	☐
1.4 Establecimiento Público Nacional	☐	1.14 Persona Jurídica Extranjera Sector Privado	☐
1.5 Gobierno Extranjero	☐	1.15 Regional sin NIT Especial	☐
1.6 Municipio	☐	1.16 Resguardo	☐
1.7 Otra Pública Departamental	☐	1.17 Sociedad de Economía Mixta	☐
1.8 Otra Pública Municipal	☐	1.18 Universidad Pública	☐
1.9 Otro Beneficiario	☐	1.19 Empresa Industrial y Comercial del Estado	☐

2.TIPO DE DOCUMENTO

1.1 Cédula de Ciudadanía	☒	1.4 Otro Tipo de Documento	☐
1.2 Cédula de Extranjería	☐	1.5 Pasaporte	☐
1.3 Número de Identificación Tributaria (FOTOCOPIA NIT)	☐	1.6 Tarjeta de Identidad	☐

NUMERO DEL DOCUMENTO 5 2 4 1 0 2 1 4

3.NOMBRE O RAZON SOCIAL PAOLA ANDREA BAYONA SALAZAR

4.PAIS COLOMBIA

5.CIUDAD ARMENIA

6.TELEFONO Y FAX 3112709621

7.DIRECCION CR 19 # 36N-38

INFORMACION DE LA CUENTA

1.ENTIDAD FINANCIERA DONDE TIENE LA CUENTA BANCO DE BOGOTA

2.NUMERO DE LA CUENTA 1 3 8 5 2 3 3 8 5

3.CLASE DE CUENTA **CORRIENTE** ☐ **AHORROS** ☒

SE DA FE DE LA INFORMACION REGISTRADA ANTERIORMENTE

FECHA 27/07/26

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7 - 47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que PAOLA ANDREA BAYONA SALAZAR, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 52.410.214 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuenta de Ahorros Econocuenta No. 138583380, abierta/o desde el 30/7/2017.

Se expide en Bogotá el día 28 del mes de Julio del año 2026 con destino a: UPRES QUINDIO

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

DATOS BASICOS BENEFICIARIO CUENTA

CIUDAD ARMENIA FECHA 27/07/26

Me permito certificar la siguiente información con el objeto de ser incluida en el Sistema Integrado de Información Financiera SIIF.

APERTURA _____ CANCELACIÓN_____

I. DATOS ENTIDAD INFORMANTE (Beneficiario)

Entidad o beneficiario _____ NIT _____

Y/O _____

PAOLA ANDREA BAQUERO S C.C. 52.410.214

Dirección _____ Teléfono_____ Fax_____

Departamento QUINDIO Ciudad ARMENIA

Denominación de la cuenta: corriente _____ ahorros X

Teniendo en cuenta que la Tesorería informará al proveedor sobre la realización del pago, indicando el día del giro, concepto y cuenta del beneficiario, para que éste verifique el abono en la respectiva cuenta y confirme a la Entidad, el proponente deberá manifestar si está información la recibirá por correo electrónico o telefónicamente para lo cual tendrá en cuenta lo siguiente:

Si es a través de correo electrónico el proponente verificará que los recursos fueron recibidos y dará respuesta al correo electrónico de la tesorería de la entidad dentro del siguiente día hábil.

Si desea la información vía telefónica al día hábil siguiente de confirmada la información deberá acercarse personalmente a la Tesorería para firmar el egreso original y el libro de radicación de giros de cuentas comerciales

CORREO ELECTRÓNICO: paola1208@hotmail.com SI (X)
TELÉFONO: 3112709821 SI (X)

II. DATOS DE LA ENTIDAD DE CRÉDITO:

Entidad Financiera Banco de Bogotá Código _____

Sucursal Fundadores Código_____ Ciudad ARMENIA

Dirección Calle 14 # 19-34 Teléfono_____ Fax_____

Número de la cuenta 138583380

(Adjuntar certificación bancaria)

PAOLA BAQUERO S.

NOMBRE Y FIRMA BENEFICIARIO

E.P.S. Sanitas

Sanitas Internacional

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

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

CERTIFICA

Que Paola Andrea Bayona Salazar, identificado(a) con CC número 52410214, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 52410214
NOMBRES Y APELLIDOS	Paola Andrea Bayona Salazar
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	08/06/1980
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/08/2016
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	213 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	47 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	08/09/2017
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 52410214 PAOLA ANDREA BAYONA SALAZAR Desde 01/06/2024 - Vigente

Generado por interfaces 27/07/2026

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

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **PAOLA ANDREA BAYONA SALAZAR** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **52410214,** se encuentra afiliado/a desde **01/05/2025** 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 27 de julio 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.

Salud

SISPRO
Sistema Integral de Información de la Protección Social

RUAF
Registro Único de Afiliados

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

INFORMACIÓN BASICA

Fecha de Corte: 2026-07-24

Número de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Sexo
CC 52410214	PAOLA	ANDREA	BAYONA	SALAZAR	F

AFILIACIÓN A SALUD

Fecha de Corte: 2026-07-24

Administradora	Régimen	Fecha Afiliacion	Estado de Afiliación	Tipo de Afiliado	Departamento -> Municipio
ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	Contributivo	20/10/2023	Activo	COTIZANTE	ARMENIA

AFILIACIÓN A PENSIONES

Fecha de Corte: 2026-07-24

Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación
PENSIONES: PRIMA MEDIA	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	2025-05-01	Activo cotizante
PENSIONES: AHORRO INDIVIDUAL	SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA	2006-07-15	Retirado

AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES

Fecha de Corte: 2026-07-24

Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Actividad Economica	Municipio Labora
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	2025-03-13	Activa		Quindio- ARMENIA
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	2025-12-01	Activa		

AFILIACIÓN A COMPENSACIÓN FAMILIAR

Fecha de Corte: 2026-07-24

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA AL RUAF, CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

SISPRO
Sistema Integral de Información de la Protección Social

RUAF
Registro Único de Afiliados

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

Administradora CF	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Tipo de Miembro de la Población Cubierta	Tipo de Afiliado	Municipio Labora
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE FENALCO COMFENALCO QUINDIO	2022-10-13	Activo	Afiliado	Trabajador afiliado dependiente	

AFILIACIÓN A CESANTIAS

Fecha de Corte: 2026-07-24

No se han reportado afiliaciones para esta persona

PENSIONADOS

Fecha de Corte: 2026-07-24

No se han reportado pensiones para esta persona.

VINCULACIÓN A PROGRAMAS DE ASISTENCIA SOCIAL

Fecha de Corte: 2026-07-24

No se han reportado vinculaciones para esta persona.

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA AL RUAF, CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

CERTIFICADO MÉDICO DE PREINGRESO OCUPACIONAL

Fecha: 2026-08-08

1. INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usuaria:	INDEPENDIENTE	Actividad económica:	Servicios
Nombre:	PAOLA ANDREA BAYONA SALAZAR	Documento:	CC 52410214
Fecha de nacimiento:	1980-06-08	Lugar de nacimiento:	BOGOTA DC (CUNDINAMARCA)
Edad:	46 años	Identidad de Género:	Femenino
Estado civil:	Soltero	No. hijos vivos:	1
Dirección actual:	CRA 19 36N-38 APTO 208 TORRE ALAMEDA 19	Municipio:	ARMENIA
Teléfono:	3112709621	Escolaridad:	Universitario_completo
Ocupación:	TERAPEUTA OCUPACIONAL	EPS:	SANITAS EPS
AFP:	COLPENSIONES	ARL:	POSITIVA
RH:	O+		
Responsable**:	MELVA SALAZAR DE BAYONA (MADRE)	Teléfono:	3104831253
Acompañante:	El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante.		



*** La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.*

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

No presenta carnet de vacunación para revisión.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Visiometría: Su capacidad visual es adecuada, con el uso de la corrección formulada.
Audiometría: NO APLICA.
Espirometría computarizada: NO APLICA.

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a PAOLA ANDREA BAYONA SALAZAR con documento de identificación No. 52410214 se considera No presenta restricciones para desempeñar la ocupación de TERAPEUTA OCUPACIONAL del sector económico Servicios

RECOMENDACIONES MEDICAS Y TERAPEUTICAS (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

1. Continuar en su entidad de salud los controles de su alteración de la tensión arterial..
2. Continuar en su entidad de salud el plan de manejo y seguimiento de su condición endocrina..
3. Continuar con los controles anuales por optometría para revisión de la fórmula de lentes..

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

Clasifiación PVE:
CLASIFICACIóN EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA OSTEOMUSCULAR: De acuerdo con la información disponible y el examen realizado, se clasifica como NO CASO.

OBSERVACIONES FINALES

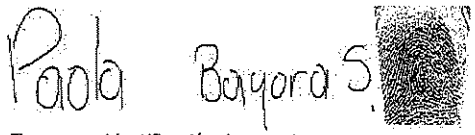
CLASIFICACIóN EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA OSTEOMUSCULAR: De acuerdo con la información disponible y el examen realizado, se clasifica como NO CASO.

RESULTADO DE EXÁMENES DE LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLOGICO Y METABÓLICO: Los exámenes de Laboratorio Clínico realizados presentaron los siguientes resultados: - Hemoleucograma: Normal; - Glucosa en suero: Normal; - Triglicéridos: Normal; - Colesterol total: Normal.

RESULTADO DE EXAMEN DE LABORATORIO CLÍNICO: CREATININA El examen de Laboratorio Clínico realizado presenta el siguiente resultado: - Creatinina sérica: Normal.

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

Henry Julian Gongora Sabogal
C.C 1110465763
Medico. Uni.de Manizales
Espe. en SST
Uni.Autonoma de Bucaramanga
RES.63-03318 del 20/05/2024
RM 63 687/2014



Firma para identificación de usuario Indice der
PAOLA ANDREA BAYONA SALAZAR
Documento: 52410214

Escanee el código si desea verificar datos

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES MéDICOS: La Resolución 1843 de 2025 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MéDICO correspondiente del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clinica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, segun lo establecido en la Resolución 1843 de 2025 el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

Calle 4 NORTE No. 13 - 66 - Armenia - Quindio - Colombia PBX: 3154113480 - 3164468459
www.valsalud.com valsalud@gmail.com

Impreso por: manuela.alzate
Fecha: 2026-08-11 Hora: 14:00

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: Paola Andrea

Apellidos: Bayona Salazar

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

No. 52410214

Fecha de nacimiento: Día 08 Mes 06 Año 1980

Biológico	Dosis	Fecha	Folicante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	2da Dosis refuerzo	25 SEP 2021	Pfizer	3452STB	Sanidad policía	Marcela Oyuela	1094390712
		24 Feb 2022	BioNTech Pfizer	ZF1970	Sanidad policía	Yuri Jaramillo Sepúlveda Aux. Enfermería Vacunación C.C. 41.957.951	

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.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Paola Andrea

Apellidos: Bayona Salazar

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

Número de documento: 52410214

Fecha de nacimiento: Día 08 Mes 06 Año 1980

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única	10-09-24	W3F43	Marcela Ojneda Martinez CC.1097390212 Aux. Vacunadora
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	Anual			
	Anual			
Covid 19	1ª			
	2ª			
	1er Ref.			
	2do Ref.			
Otras				

NOMBRE: PAOLA ANDREA BAYONA S.

C.C. 52.410.214

VACUNACIÓN	DOSIS	LOTE	FECHA	VACUNADOR
INFLUENZA	ANUAL			
HEPATITIS "B"	1°	U827091	27-07-2	Yimar Q
	2°			
	3°			
TETANOS	1°			
	2°			
	3°			

OTRAS

VACUNACIÓN	DOSIS	LOTE	FECHA	VACUNADOR

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: Paola Andrea

Apellidos: Bayona Salazar

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

No. 52410214

Fecha de nacimiento: Día 08 Mes 06 Año 1980

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	06-04-21	PFIZER	EW534	SANIDAD POLICIA.	YENI JARAMILLO.	41.951.783.
	2	29-04-21	Pfizer	ET 8124	Sanidad Policia	Yeni Jaramillo	41953453
		19.11.21	MODERNA	013ZIA	SANIDAD	Yeni Jaramillo Sepulveda Aux. Enfermería Vacunadora C.C. 41.951.783	

HISTORIA DE VACUNACIÓN

Vacuna	Dosis	Fecha de Aplicación	Lote Nº	Laboratorio	Centro de Vacunación	Firma del Vacunador	Próxima Cita
Hepatitis A	1						
	2						
Fiebre Tifoidea	1						
	Ref.						
VPH	1						
	2						
	3						
Leptospira	1						
	2						
Fiebre Amarilla	1						
	Ref.						
Pneumo 23	1						
Meningococo	1						
	2						
Otros							

VALSALUD
Profesionales en Salud y Salud Ocupacional

VALSALUD
Centro de Vacunación

Sexo: F

Fecha de Nacimiento

Nombres y Apellidos: Paola Andrea Bernal S.

Documento de Identidad: [TI] [C.C.] [Pasaporte]
52.410.214

Dirección

Teléfono - Celular

Municipio - Departamento

Calle 4ª Norte Nº 13-86 Barrio Alcázar
Tel. 745 60 19 - Armenia, Quindío
Móvil: 315 411 3480 - 316 446 8469
Email:vacunacion@valsalud.com

¿Qué hacen las vacunas en nuestro organismo?

Las vacunas logran que nuestro organismo desarrolle defensas contra los agentes infecciosos contenidos en cada una de ellas. Estas defensas se activan cuando entramos en contacto nuevamente con los microorganismos protagónicos en cada una de las enfermedades.

¿Cuáles son las reacciones más frecuentes?

Después de la vacunación del niño(a), puede presentar reacciones como fiebre, dolor, enrojecimiento o inflamación en el sitio de la aplicación de la vacuna, llanto, malestar general y brote. ESTAS REACCIONES SON NORMALES y significan que el niño ante precedente defensas contra las enfermedades para las cuales fue vacunado.

¿Qué hago si presento alguna de las reacciones anteriores?

- Colocar paños de agua fría o tibia en el sitio donde se aplicó la vacuna.
- Suministrar Acetaminofen según indicación del personal de salud.
- En caso de presentar una reacción distinta a las anteriores, comuníquese con nuestro centro de vacunación.

Calle 4ª Norte Nº 13-86 Barrio Alcázar
Tel. 745 60 19 - Armenia, Quindío
Móvil: 315 411 3480 - 316 446 8469
Email:vacunacion@valsalud.com

Invierta en Salud
Vacúnese en
VALSALUD

HISTORIA DE VACUNACIÓN

Vacuna	Dosis	Fecha de Aplicación	Lote Nº	Laboratorio	Centro de Vacunación	Firma del Vacunador	Próxima Cita
TT/Td/DaP	1						
	2						
	3						
	Ref.						
	Ref.						
Refuerzo	1	3 08 16	M340I2	Bernc		judith	
Hepatitis B	2						
	3						
Triple Viral	Ref.						
Influenza							
Varicela	1						
	2						

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.

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: PAOLA ANDREA

Apellidos: BAYONA BALAZAR

Documento de identidad: C.C. ~~T.I.~~ Pasaporte No. 52410214

Fecha de nacimiento: Día 08 Mes 06 Año 1980

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única	20-3-19	MR2C031	Yeni
Fiebre Amarilla	Única	7-2-15	K533B	Ilegible
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	18-11-98	L0041	Ilegible
	2	18-12-14	024110	Ilegible
	3	20-1-14	41995	Ilegible
	4	29-9-21	289EK024	Ilegible
	5			
TdaP acelular**	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1	3-1-21	4UA1324	Ilegible
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	25-5-21	V502200	Yeni Ilegible
Otras				

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD QUINDIO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha de toma del consentimiento: 27/07/2026

Hora: 5:00 PM

Lugar de toma del consentimiento: Armenia

Yo: PAOLA ANDREA BAYONA SALAZAR, identificado (a) con cedula de ciudadanía número 52.410.214 de BOGOTA.

Mediante el presente documento autorizo de manera expresa y voluntaria, a la Unidad Prestadora de Salud Quindio, realizar el trámite de mis datos personales, con la finalidad de ser tratados, consultados y verificados.

Los principios sobre protección de datos serán aplicables a todas las bases de datos, incluidas las excepciones y sin reñir con los datos que tienen características de estar amparados por la reserva legal. En evento que la normatividad especial que regule las bases de datos exceptuadas prevea principios que tengan en consideración la naturaleza especial de datos, los mismos aplicarán de manera concurrente.

Fundamentos Legales: Ley 1581 de 2012 y su DECRETO 1377 DE 2013

Firma Paola A Bayona S.
Cédula 52.410.214 Bogotá

Yo, PAOLA ANDREA BAYONA SALAZAR identificado(a) con cedula de ciudadanía Nro. C.C 52.410.214 expedida en Bogotá D.C.

CERTIFICO

Que mis ingresos mensuales NO se encuentran enmarcados (Ley Tributaria Vigente) en ninguno de los puntos descritos a continuación, así:

1. Que el patrimonio bruto al término del año gravable 2024 sea igual o superior a $211.792.000
2. Que los ingresos totales del respectivo ejercicio gravable sean iguales o superiores a $65.891.000
3. Que los consumos mediante tarjeta de crédito sean iguales o superiores a $65.891.000
4. Que el valor total de las compras y consumos sean igual o superior a $65.891.000
5. Que el valor total acumulado de consignaciones bancarias, depósitos o inversiones financieras sean igual o superior a $65.891.000

Así las cosas, manifiesto que mis ingresos totales del respectivo ejercicio gravable sean iguales o superiores a $65.891.000de pesos, por tal razón NO debo presentar declaración,

Por tal razón NO estoy sujeto (a) a Retención en la fuente Articulo 383 y 384 del Estatuto Tributario.

El presente certificado se expide a los veintisiete (27) días del mes de Julio de dos mil veintiséis (2026).

Atentamente

PAOLA ANDREA BAYONA SALAZAR
Cédula 52.410.214 expedida en Bogotá D.C.

La Policía Nacional considerando que usted ofrece condiciones personales y profesionales para acceder a la información que se administra en la Institución, teniendo en cuenta la misión de la Policía Nacional y que este implica manejar información de diferentes niveles de clasificación, requiere que en correspondencia con el voto de confianza otorgado con la posibilidad de acceso a la información de la Policía Nacional usted suscriba el siguiente compromiso.

Yo, PAOLA ANDREA BAYONA SALAZAR Identificado con la cedula de ciudadanía No. 52.410.214, con domicilio en CARRERA 19 # 36 N – 38 APTO 208, TORRES ALAMEDA 19, ARMENIA QUINDIO, de la empresa SANIDAD DE LA POLICIA, cargo TERAPEUTA OCUPACIONAL, en adelante denominado EL CONTRATISTA O TERCERO, bajo el contrato _____convenio _____ acuerdo_____ No._____ del _____, me comprometo a cumplir cabalmente los compromisos y demás directrices del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información para la Policía Nacional.

Así mismo declaro que:

Reconozco que la información es un activo sobre el cual se sustentan los objetivos estratégicos de la Institución y que es mi responsabilidad conocer las políticas de seguridad de la información, adoptarlas, cumplirlas, hacerlas respetar e informar cualquier incidente que se presente con el uso y manipulación de la misma al Jefe de la Oficina de Telemática de la unidad donde se preste el servicio, o a quien realice las funciones de telemática, el cual reportará el incidente al CSIRT "*Computer Security Incident Response Team*".

Esta declaración comienza *con* la firma del contrato o convenio o acuerdo y permanecerá vigente mientras subsista el objeto que dio inició al mismo, manteniéndose inclusive durante las prórrogas sin necesidad de firmar una nueva declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información.

Así mismo, si el contrato, convenio u acuerdo inicial termina y se inicia después un nuevo contrato, convenio u acuerdo pero con el mismo objeto del contrato, convenio u acuerdo anterior, esta declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información tomará vigencia sin necesidad de firmar uno nuevo.

CONFIDENCIALIDAD

- EL CONTRATISTA O TERCERO se obliga en forma directa e irrevocable ante la POLICÍA NACIONAL a no revelar, divulgar o facilitar, bajo cualquier forma, a ninguna persona natural o jurídica, sea esta pública o privada, y a no utilizar para su propio beneficio o para beneficio de terceros, la información relacionada con el ejercicio de sus funciones en la Policía Nacional, así como también las políticas y/o cualquier otra información vinculada con sus funciones.

- EL CONTRATISTA O TERCERO asume la obligación de mantener la confidencialidad acordada en la presente declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información por el tiempo que dure vigente la relación laboral y por un plazo adicional de 2 años contados a partir de la extinción del vínculo contractual y/o acuerdo y/o convenio.

- La violación o el incumplimiento de la declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información. por parte EL CONTRATISTA O TERCERO, generará las acciones de tipo penal, disciplinario, administrativo y fiscal a que haya lugar.

- Si una orden judicial obligara al EL CONTRATISTA O TERCERO a divulgar información confidencial, este se compromete a dar aviso previo a la POLICIA NACIONAL de modo que la POLICIA NACIONAL pueda impugnar la solicitud o procurar una orden judicial que lo proteja.

- El CONTRATISTA O TERCERO reconoce que esta información tiene un valor intangible, que no es generalmente dado a conocer al público o a terceros que podrían usarla en contra de la POLICÍA NACIONAL, de sus integrantes, de los habitantes de Colombia o del mismo Estado y que la información está sujeta a un esfuerzo razonable de la POLICÍA NACIONAL para mantener su reserva y confidencialidad. Así mismo, EL CONTRATISTA O TERCERO no hará ninguna duplicación o copia del material confidencial.

- El CONTRATISTA O TERCERO devolverá inmediatamente todo material confidencial que se le haya entregado o asignado cuando así lo requiera o solicite la POLICÍA NACIONAL.

- El CONTRATISTA O TERCERO se compromete a no utilizar información o material confidencial una vez finalizada la relación contractual o laboral.

- El CONTRATISTA O TERCERO se compromete a guardar completa confidencialidad sobre la información a la que tenga acceso por su condición laboral o actividades que desempeñe, así mismo a no extraer, consultar, copiar, borrar, ni revelar información crítica y sensible a la que tenga acceso en perjuicio de la Policía Nacional o de sus funcionarios.

RESERVA DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y/O CONVENIO Y/O ACUERDO.

El CONTRATISTA reconoce que todos los trabajos llevados a cabo en LA POLICÍA NACIONAL, son sujetos a la dirección y control por parte de la Institución Policial y constituyen una función contratada de conformidad a lo establecido en el régimen jurídico vigente aplicable a los CONTRATISTAS.

El CONTRATISTA o TERCERO informará a la POLICÍA NACIONAL cualquier descubrimiento, invento o creación que haya hecho, considerándose esto como parte del material confidencial, los cuales corresponderán a actividades propias desarrolladas con ocasión a la ejecución del objeto contratado, convenido o acordado y serán de propiedad de la POLICÍA NACIONAL.

ME COMPROMETO CON LA SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN, toda vez que:

- He leído, comprendido, e interiorizado las políticas de seguridad de la información que se encuentran en el 1DT-MA- 0001 Manual del Sistema de Gestión de la Seguridad de la Información vigente para la Policía Nacional y es mi deber conocer la última versión que exista del mencionado documento. Conozco mis deberes y derechos con respecto a la seguridad de la información.
- Entiendo que el incumplimiento de las políticas de seguridad de la información, ya sea en forma intencional, negligente o con violación al deber objetivo de cuidado, implican acciones de tipo penal, disciplinario, administrativo y fiscal a que haya lugar.
- Comprendo que dado el caso que se cause un daño a la Policía Nacional, como consecuencia de la inobservancia al deber objetivo de cuidado, la Policía Nacional podrá adelantar las acciones penales, civiles o contenciosas administrativas, en aras de buscar el resarcimiento de los daños y perjuicios que se llegaren a causar.

Suscribo este compromiso en Armenia Quindío, a los veintisiete (27) días del mes de Julio del año 2026.

EL CONTRATISTA O TERCERO

Firma:
Post-Firma: PAOLA ANDREA BAYONA SALAZAR
Identificación 52.410.214. expedida en Bogotá
Empresa: Unidad Prestadora de Salud Quindío
Cargo: TERAPEUTA OCUPACIONAL

CONSTANCIA PERSONA NATURAL NO OBLIGADA A LLEVAR CONTABILIDAD

PAOLA ANDREA BAYONA SALAZAR, identificada como aparece al pie de mi firma, en mi calidad de proveedor persona natural, manifiesta que:

1. No tengo la calidad de comerciante.
2. No ejerzo de manera habitual actos de comercio.

En consecuencia, no me encuentro obligado a llevar libros de contabilidad de acuerdo con lo contemplado en el artículo 48 del Código de Comercio.

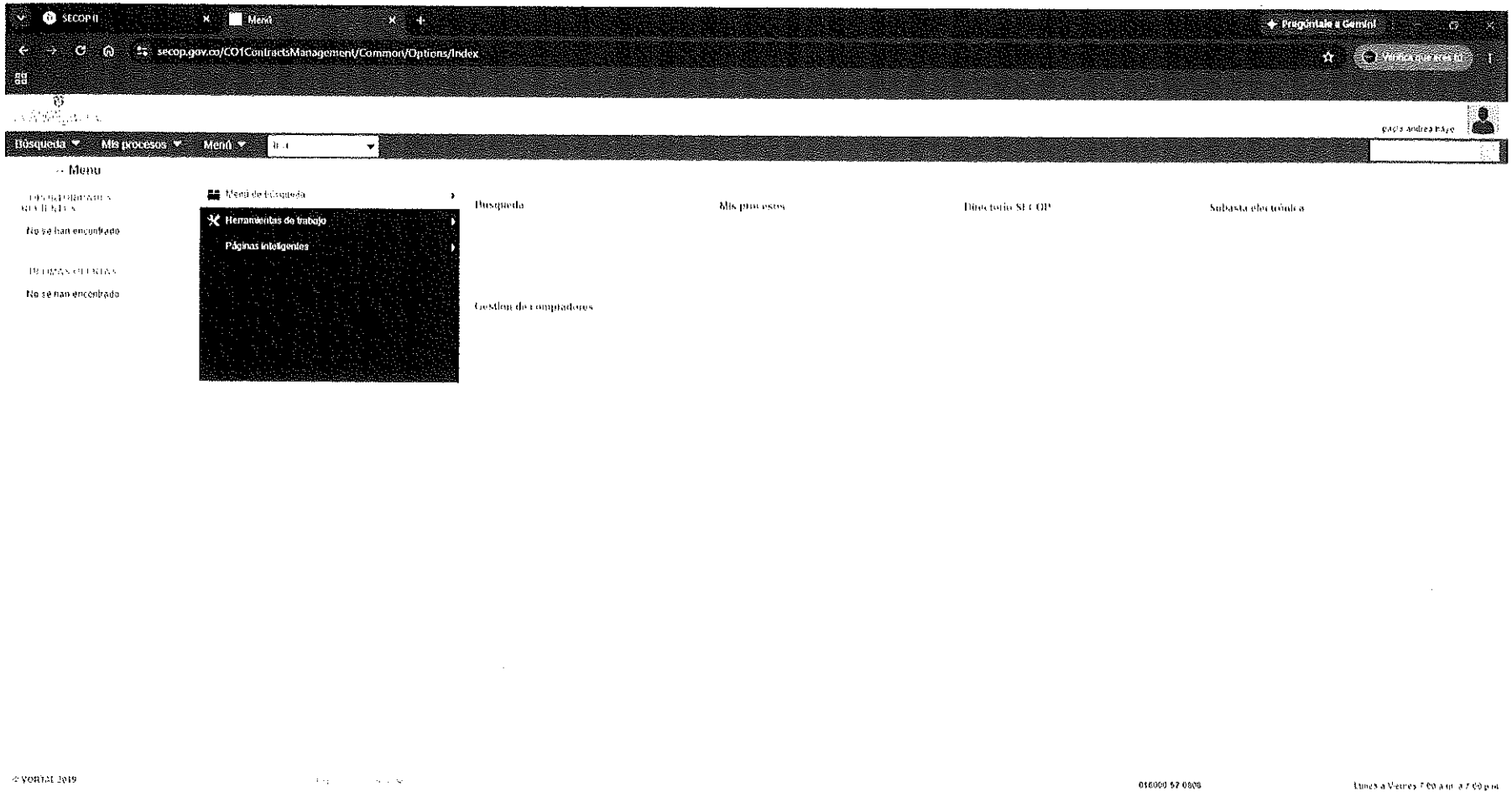
En constancia de lo anterior firmo este documento a los días [27] del mes de [07] de [2026]

Paola A. Bayona S.

Firma del proveedor persona natural no obligado a llevar libros de contabilidad

Nombre: **PAOLA ANDREA BAYONA SALAZAR**

Documento de Identidad: 52.410.214 expedida en Bogotá D.C.


SECOP II
Menú
Pregúntale a Gemini
secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Common/Options/Index
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Menu
Menú de búsqueda
Herramientas de trabajo
Páginas inteligentes
No se han encontrado
No se han encontrado
Búsqueda
Mis procesos
Directorio SECOP
Subasta electrónica
Gestión de compradores

Colombia Compra Eficiente

LISTA DE CONTRATOS DEL PROVEEDOR CON EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO

Diligencie este formato, guárdelo en formato PDF y cárguelo al SECOP II siguiendo los pasos explicados en el "Manual de Proveedores para el uso del SECOP II".

Código del clasificador de bienes y servicios de las Naciones Unidas	Objeto del contrato	Fecha de inicio	Fecha de terminación	Valor	Contratista (singular o plural)	Contratante (sector público o privado)	Datos de contacto del área de la Entidad Estatal encargada del supervisión del contrato
[illegible]	PRESTACION DE SERVICIOS COMO TERAPEUTA OCUPACIONAL	12/11/2015	30/11/2016	9.600.000	SINGULAR	PRIVADO	IPS CUIDARTE TU SALUD
[illegible]	PRESTACION DE SERVICIOS COMO TERAPEUTA OCUPACIONAL	01/12/2016	30/05/2017	4.000.000	SINGULAR	PRIVADO	IPS CUIDARTE TU SALUD
[illegible]	PRESTACION DE SERVICIOS COMO TERAPEUTA OCUPACIONAL	01/06/2017	30/11/2017	4.800.000	SINGULAR	PRIVADO	IPS CUIDARTE TU SALUD
[illegible]	PRESTACION DE SERVICIOS COMO TERAPEUTA OCUPACIONAL	23/10/2017	31/01/2018	3.238.645	SINGULAR	PUBLICO	SANIDAD POLICIA NACIONAL DEPARTAMENTO DEL QUINDIO
[illegible]	PRESTACION DE SERVICIOS COMO TERAPEUTA OCUPACIONAL	15/02/2018	29/01/2019	17.102.035	SINGULAR	PUBLICO	SANIDAD POLICIA NACIONAL DEPARTAMENTO DEL QUINDIO
[illegible]	PRESTACION DE SERVICIOS COMO TERAPEUTA OCUPACIONAL	15/02/2019	20/02/2020	18.143.030	SINGULAR	PUBLICO	SANIDAD POLICIA NACIONAL DEPARTAMENTO DEL QUINDIO
[illegible]	PRESTACION DE SERVICIOS COMO TERAPEUTA OCUPACIONAL	01/04/2020	15/03/2021	21.656.175	SINGULAR	PUBLICO	SANIDAD POLICIA NACIONAL DEPARTAMENTO DEL QUINDIO

[redacted]	PRESTACION DE SERVICIOS COMO TERAPEUTA OCUPACIONAL	19/04/2021	19/04/2023	27.000.000	SINGULAR	PUBLICO	SANIDAD POLICIA NACIONAL DEPARTAMENTO DEL QUINDIO
[redacted]	PRESTACION DE SERVICIOS COMO TERAPEUTA OCUPACIONAL	11/03/2023	08/09/2023	17.400.000	SINGULAR	PUBLICO	SANIDAD POLICIA NACIONAL DEPARTAMENTO DEL QUINDIO
[redacted]	PRESTACION DE SERVICIOS COMO TERAPEUTA OCUPACIONAL	21/09/2023	31/05/2024	23.200.000	SINGULAR	PUBLICO	SANIDAD POLICIA NACIONAL DEPARTAMENTO DEL QUINDIO
[redacted]	PRESTACION DE SERVICIOS COMO TERAPEUTA OCUPACIONAL	17/03/2025	16/09/2025	21.119.482	SINGULAR	PUBLICO	SANIDAD POLICIA NACIONAL DEPARTAMENTO DEL QUINDIO
[redacted]	PRESTACION DE SERVICIOS COMO TERAPEUTA OCUPACIONAL	01/12/2025	31/08/2026	32.870.223	SINGULAR	PUBLICO	SANIDAD POLICIA NACIONAL DEPARTAMENTO DEL QUINDIO

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

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

Hace Constar que:

Paola Andrea Bayona Salazar

CC 52410214 de Bogotá D.C

Realizó y aprobó el Curso Primer Respondiente
con un total de 60 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-08-11
Fecha de vencimiento: 2027-08-11

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

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

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

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

Hace Constar que:

Paola Andrea Bayona Salazar

CC 52410214 de Bogotá D.C

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

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-09-11
Fecha de vencimiento: 2027-09-11

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

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

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

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

Hace Constar que:

Paola Andrea Bayona Salazar

CC 52410214 de Bogotá D.C

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

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-04-15
Fecha de vencimiento: 2027-04-15

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

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

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUS

NUESTRA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

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

Certifica

PAOLA ANDREA BAYONA SALAZAR

CC 52410214 de Bogotá D.C.

Realizó y aprobó el Curso en Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual con enfoque diferencial - Código Fucsia (AIVVS)
con un total de 80 Horas.

Verifique la autenticidad de su certificado en la página
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-01-31
Fecha de vencimiento: 2027-01-31

LEY COVALEDA
Asistente Legal

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

GS-2026-069955-DEQUI

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DEPARTAMENTO DE POLICIA QUINDIO
GRUPO PRESTADOR DE ATENCIONES EN SALUD UPRES QUINDIO

CEA.3.0-07
16-ECD-003
3040423423

UPRES-GUPAS - 20.1

Armenia, 29 de julio de 2026

Señora teniente coronel
PAULA ANDREA VILLAREAL OCAÑA
Jefe Grupo de Talento Humano
Calle 44 No. 50-51 CAN
Bogotá D.C.

Asunto: Solicitud constancia de verificación de planta asistencial

De manera atenta y respetuosa me permito solicitar a la señora Coronel se estudie la posibilidad de autorizar y ordenar la expedición de una certificación de verificación de planta, a fin de establecer si la Dirección de Sanidad cuenta actualmente, dentro de su planta de personal uniformado o no uniformado, con la profesión de Terapeuta Ocupacional.

Esta solicitud se realiza en atención a la necesidad de contar con un profesional en el área, conforme a la necesidad de personal asistencial de la Unidad Prestadora De Salud Quindío para el ESPRI Armenia, en el servicio de Rehabilitación, previamente aprobado mediante la comunicación oficial No. GS-2026-001358-DISAN del 07/01/2026.

Atentamente,

...

FIRMA DIGITAL

Firmado digitalmente por:
Nombre: Carolina Vasquez Riascos
Grado: Servidor Misional En Sanidad Policial126
Cargo: Servidor Misional En Sanidad Policial126
Cédula: 30335485
Dependencia: Grupo Prestador De Atenciones En Salud Upres Quindio
Unidad: Departamento De Policia Quindio
Correo: carolina.vasquez@correo.policia.gov.co
29/07/2026 8:45:05 a. m.

Anexo: no

Teléfono:

www.policia.gov.co

INFORMACIÓN PÚBLICA

GS-2026-069310-DISAN

CEA.3.0-07
16-ECD-003

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL

JEDEH-DISAN - 22.3

Bogotá D.C., 03 de agosto de 2026

Señor (a) capitan
RUTH STELLA CARMONA PUERTA
Jefe Unidad Prestadora Salud
Cra. 13 #0-49, Armenia, Quindío
Armenia

Asunto: Constancia verificación de planta personal - Terapia Ocupacional

La suscrita Jefe del Grupo de Talento Humano (E) de la Dirección de Sanidad, hace constar que, una vez realizada la verificación de la planta de personal uniformado y no uniformado de la Dirección de Sanidad, a través del Sistema de Información para la Administración del Talento Humano (SIATH) de la Policía Nacional, y en observancia de lo dispuesto en el artículo 2.8.4.4.5 del Decreto 1068 de 2015, *"Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Hacienda y Crédito Público"*, así como de lo establecido en el Decreto 1838 del 15 de noviembre de 2016, *"Por el cual se modifica la planta de personal del Ministerio de Defensa Nacional – Policía Nacional – Dirección de Sanidad"*, normativa que regula las condiciones para la contratación de la prestación de servicios, se informa lo siguiente:

Disponibilidad de planta de personal:

La Dirección de Sanidad cuenta con personal en su planta, tanto uniformado como no uniformado, conforme a los cargos aprobados y vigentes, así:

TIPO DE PERSONAL	CANTIDAD
UNIFORMADO	0
NO UNIFORMADO	1

No obstante, el personal descrito se encuentra actualmente asignado y comprometido de manera permanente en el ejercicio de funciones misionales, administrativas, asistenciales, operativas y de apoyo, propias del cargo, indispensables para garantizar la continuidad, oportunidad y calidad del servicio a cargo de la Dirección de Sanidad.

En atención a lo anterior, no se cuenta con disponibilidad funcional del talento humano de planta, uniformado y no uniformado, para la ejecución de actividades adicionales, específicas o especializadas requeridas por la **ESPRI Armenia** específicamente para el Servicio de **Terapia Ocupacional,** de acuerdo con la carga de trabajo debidamente aprobada mediante comunicación oficial **GS-2026-001358-DISAN– Constancia de Trabajo Personal Asistencial.**

En consecuencia, y de conformidad con la normatividad citada, se justifica la contratación de Prestación de Servicios (CPS), al evidenciarse que la necesidad planteada no puede ser suplida con el talento humano actualmente vinculado, sin que ello implique creación, modificación o ampliación de la planta de personal, ni configuración de relación laboral alguna.

La presente constancia se expide en la ciudad de Bogotá, a los **03** días del mes de **agosto** de **2026**, como soporte para los distintos trámites administrativos y contractuales de la entidad, a solicitud de la **Unidad Prestadora de Salud Quindío**.

Atentamente,

...

Firmado digitalmente por:
Nombre: Rocio Carolina Villota Santacruz
Grado: Teniente
Cargo: Jefe Grupo Talento Humano
Cédula: 1131085777
Dependencia: Grupo Talento Humano Disan
Unidad: Direccion De Sanidad De La Policia Nacional
Correo: rocio.villota@correo.policia.gov.co
4/08/2026 8:06:27 a. m.

Anexo: no

Calle 44 No. 50-51 CAN piso 5
Teléfono: 5804400 Ext: 7401-7402-7403-7571
disan.jefat@policia.gov.co
www.policia.gov.co

INFORMACIÓN PÚBLICA

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DEPARTAMENTO POLICIA QUINDIO
GRUPO DE SOPORTE Y APOYO

LISTA DE CHEQUEO CPS ASISTENCIAL Y ADMINISTRATIVO UPRES QUINDIO

NOMBRE: PAOLA ANDREA BAYONA SALAZAR **IDENTIFICACIÒN:** CC. 52.410.214

PROFESIÓN: TERAPEUTA OCUPACIONAL **CARGO:** TERAPEUTA OCUPACIONAL

N.	DOCUMENTACIÒN	CUMPLE	NO CUMPLE
1	ACTA PROCESO DE SELECCIÓN	X	
2	ESTUDIO DE SEGURIDAD **(solicitud y respuesta)**		
3	CONSTANCIA VERIFICACION PLANTA DE PERSONAL **(solicitud y respuesta)**	X	
4	CONSTANCIA DE IDONEIDAD Y EXPERIENCIA **(firmada por el dueño de la necesidad y Responsable SST)**	X	
5	FOTO TAMAÑO POSTAL 9X12 DE FRENTE, A COLOR, FONDO BLANCO, IMPRESA EN PAPEL FOTOGRAFICO, **(PEGADA EN EL CENTRO DE UNA HOJA BLANCA TAMAÑO CARTA)**	X	
6	CARTA DE SOLICITUD DE LOS SERVICIOS (El dueño de la necesidad la dirige al contratista, actividades, plazo de ejecución, horarios mes y valor total del contrato). **(supervisor)**	X	
7	CARTA DE ACEPTACION Y OFRECIMIENTO DE LOS SERVICIOS FIRMADA (El contratista la dirige al dueño de la necesidad) **(supervisor)**	X	
8	HOJA DE VIDA FUNCIÓN PÚBLICA SIGEP II **(Firmada por el contratista y por el dueño de la necesidad)**	X	
9	PUBLICACION PROACTIVA DECLARACION DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERESES **(www1.funcionpublica.gov.co/web/sigep2/ley-2013)**	X	
10	FOTOCOPIA DE CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150 %	X	
11	FOTOCOPIAS DE **DIPLOMA**S-(BACHILLER, PREGRADO Y POSTGRADO), SI EL TITULO DEL CONTRATISTA FUE EN EL EXTRANJERO DEBE PRESENTAR LA RESOLUCION DE CONVALIDACION	X	
12	FOTOCOPIA DE **ACTAS DE GRADO** – (BACHILLER, PREGRADO Y POSGRADO)	X	
13	TARJETA PROFESIONAL	X	
14	**RETHUS** (para todos los profesionales, tecnólogos o técnicos del área de la salud).	X	
15	CONSTANCIA O RESOLUCION DE INSCRIPCION DE LA PROFESION ANTE LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL	X	
16	CERTIFICACION DE ANTECEDENTES DE LA PROFESION **– (TRIBUNAL ETICA)**		
17	DOCUMENTOS QUE ACREDITEN EXPERIENCIA LABORAL REQUERIDA	X	
18	FOTOCOPIA LIBRETA MILITAR (caballeros menores de 50 años)	N/A	
19	CERTIFICADO ANTECEDENTES **JUDICIALES** POLICIA NACIONAL	X	
20	CERTIFICADO ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS **PROCURADURIA** GENERAL DE LA NACION	X	
21	CERTIFICADO BOLETIN DE RESPONSABILIDAD FISCAL DE LA **CONTRALORIA**	X	
22	CERTIFICADO DEL SISTEMA NACIONAL DE REGISTRO DE MEDIDAS CORRECTIVAS DE LA POLICIA NACIONAL DE COLOMBIA **(RNMC)**	X	
23	CONSULTA EN LINEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR **DELITOS SEXUALES** COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS LEY 1918 DE 12/07/2018	X	
24	REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS **(REDAM)**	X	
25	PAZ Y SALVO DEL **(SIMIT)** (Sistema Integrado de Información sobre Multas y Sanciones por Infracciones de Tránsito)	X	
26	CERTIFICADO VIGENTE DE REGISTRO UNICO TRIBUTARIO **(RUT)** (verificar que la actividad económica este actualizada y dirección)	X	
27	FORMATO DE INFORMACION A TERCEROS – FIRMADO	X	
28	CERTIFICACIÓN BANCARIA SOBRE CUENTA ACTIVA	X	
29	FORMATO DE BENEFICIARIO DE CUENTA	X	
31	CONSTANCIA DE AFILIACION A ENTIDAD PROMOTORA DE **SALUD** (EPS) COMO INDEPENDIENTE	X	
31	CONSTANCIA AFILIACIÓN FONDO DE **PENSION** (SI ES PENSIONADO ALLEGAR RESOLUCIÓN).	X	

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DEPARTAMENTO POLICIA QUINDIO
GRUPO DE SOPORTE Y APOYO

32	REPORTE **RUAF**	X	
33	**EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL** EXPEDIDO POR UNA ENTIDAD AUTORIZADA IPS, (**vigencia de 3 años**) (tener en cuenta el profesiograma personal asistencial/administrativo y edad)	X	
34	CARNET DE VACUNACION	X	
35	CONSENTIMIENTO INFORMADO (documento no controlado)	X	
36	CERTIFICADO UNIDAD DE VALOR TRIBUTARIO **UVT** DE LA VIGENCIA ANTERIOR	X	
37	DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD Y COMPROMISO CON LA SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN	X	
38	CONSTANCIA PERSONA NATURAL NO OBLIGADA A LLEVAR CONTABILIDAD	X	
39	CONSTANCIA PANTALLAZO USUARIO **SECOP II**	X	
40	LISTA DE CONTRATOS DEL PROVEEDOR CON EL SECTOR PUBLICO O PRIVADO – Colombia compra eficiente **SECOP II** o **PACO (pantallazo con usuario, cedula y lista de contratos)**	X	
41	CURSO DE APOYO VITAL CARDIOLOGICO **AVANZADO (ACLS)** Y CURSO DE SOPORTE VITAL BASICO **(BLS)** PARA LOS MEDICOS ESPECIALISTAS, MEDICOS GENERALES Y ENFERMEROS PROFESIONALES **(vigencia de dos años) (solo personal asistencial)**	X	
42	CURSO DE SOPORTE VITAL **BASICO (BLS),** para auxiliares de enfermería **(vigencia de dos años) (solo personal asistencial)**	X	
43	CURSO DE PRIMER RESPONDIENTE **(aplica para todo el personal)**	X	
44	CURSO DE VICTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUIMICOS PARA MEDICO ESPECIALISTA, MEDICOS GENERALES, ENFERMEROS, PERSONAL DE URGENCIAS, AMBULANCIAS Y PRE HOSPITALARIOS **(personal asistencial)**	X	
45	CURSO DE HUMANIZACION DE SERVICIOS EN SALUD **(aplica para todo el personal)**	X	
46	CURSO ATENCIÓN INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA **(AIEPI) (para jefe de enfermería, médico general y especialistas asistenciales)**	N/A	
47	CURSO EN ATENCION PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VICTIMAS DEL CONFLICTO ARMANDO EN COLOMBIA **PAPSIVI** (**MEDICINA GENERAL, PROFESIONAL EN ENFERMERÍA, PSICOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL - AREA ASISTENCIAL**)	N/A	
48	CURSO DE ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL **(personal asistencial)**	X	
49	CURSO DE TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO PARA **(enfermeros profesionales, bacteriólogos, auxiliares de enfermería y de laboratorio clínico- vigencia 3 años)**	N/A	
50	CURSO DE ENFERMEDADES TROPICALES TRANSMITIDAS POR VECTORES **(personal del laboratorio)**	N/A	
51	CURSO DE CUIDADO Y TRANSPORTE DE SUSTANCIAS PELIGROSAS **(personal del laboratorio)**	N/A	
	TOTAL FOLIOS QUE SE ANEXAN:		

2 folios
06/08/2026

VISADO SUPERVISOR	
OBSERVACIONES:	
REVISADO POR:	Carolina Vasquez R
CARGO:	Fisioterapeuta
AREA O GRUPO:	Rehabilitacion
FECHA:	06/08/2026
FIRMA:	