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
CONTRERAS	BARRETO	FLORAIDA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 40398659 — SEXO: F (X) M ( ) — NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) — PAÍS: COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 20 MES 05 AÑO 1971

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: CASANARE

MUNICIPIO: TAURAMENA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 16A 5 32

PAÍS: COLOMBIA — DEPTO: CASANARE

MUNICIPIO: TAURAMENA

TELÉFONO: 3114677758 — EMAIL: floraidacontreras@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2003
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

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
ESPAÑOL			X			X			X

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	06	*Año* 2024	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUX EN EL AREA DE FACTURACION	*DEPENDENCIA* "FACTURACION"					*DIRECCIÓN* CARRERA 15 8 63						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3125470952	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	15	*Mes*	01	*Año* 2024	*Día*	14	*Mes*	04	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUX DE FACTURACION URGENCIAS	*DEPENDENCIA* FACTURACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 15 8 63						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6247118	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	20	*Mes*	06	*Año* 2023	*Día*	04	*Mes*	01	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE FACTURACIION	*DEPENDENCIA* "FACTURACION"					*DIRECCIÓN* CARRERA 15 8 63						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	12	*Mes*	10	*Año* 2021	*Día*	17	*Mes*	01	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	12	*Mes*	07	*Año* 2021	*Día*	11	*Mes*	10	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* Sin dirección						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	08	*Mes*	05	*Año*	2021	*Día*	07	*Mes*	07	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* Sin dirección					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	08	*Mes*	01	*Año*	2021	*Día*	07	*Mes*	05	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* Sin dirección					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	20	*Mes*	11	*Año*	2020	*Día*	03	*Mes*	01	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* Sin dirección					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	12	*Mes*	01	*Año*	2017	*Día*	22	*Mes*	12	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* FACTURACION						*DIRECCIÓN*					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	12	*Mes*	01	*Año*	2017	*Día*	22	*Mes*	12	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FACTURACION						*DIRECCIÓN* Sin dirección					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3125470952	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	24	*Mes*	10	*Año*	2016	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FACTURACION						*DIRECCIÓN* CARRERA 15N 8 63					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3125470952	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	12	*Mes*	07	*Año*	2016	*Día*	11	*Mes*	10	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FACTURACION						*DIRECCIÓN* CARRERA 15N 8 63					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3125470952	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	08	*Mes*	01	*Año*	2016	*Día*	07	*Mes*	07	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FACTURACION						*DIRECCIÓN* CARRERA 15N 8 63					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	24	*Mes*	06	*Año*	2015	*Día*	23	*Mes*	12	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FACTURACION						*DIRECCIÓN* CARRERA 15N 8 63					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3125470952	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	20	*Mes*	02	*Año*	2015	*Día*	19	*Mes*	06	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FACTURACION						*DIRECCIÓN* CARRERA 15N 8 63					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	12	*Año*	2014	*Día*	30	*Mes*	01	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FACTURACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 15N 8 63						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CEDA SALUD			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3112330554	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	02	*Año*	2009	*Día*	22	*Mes*	08	*Año*	2010
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* FACTURACION					*DIRECCIÓN* CALLE 27 N43 C						

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

5 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	2	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	6
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	3	3
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	6	8

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 **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 Tauramena 10-09-2026.

Floralba Gutierrez.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 **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.

10-09-2020

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO UNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS
Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Floralda Ontiveros Barreto

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 40398659 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia | Departamento Casanare. | Municipio Tauramena

Dirección calle 16A #5-32 | Teléfonos 3114677758

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Leidy Lorena Salazar. C.	1115914184	Hija
Cristhian F. Rivera	1115916134	Hijo
Fanny A. Rivera	1118918269	Hija

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESION** **PARA RETIRARME** **PARA ACTUALIZACION** **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** ,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	2461.000
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	$2461.000

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Bancolombia	Ahorros	-	Tauramena	000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

1.2. DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c)En la actualidad: **SI** **NO** X tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. C.E. T.I.	N°

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Floraida Linares B. — FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Tauramena 10-09-2026 — CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

DECLARACIÓN DE CONFLICTO O NO CONFLICTO DE INTERESES

Yo, Florangela Contreras Zapateto identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 40398659 de Villanueva, manifiesto conocer las implicaciones legales de incurrir en alguna de las causales de conflicto de interés, inhabilidad o incompatibilidad y me comprometo a informar cualquier conflicto que a nivel personal llegue a comprometer la estabilidad económica, moral y particular a esta entidad.

Tipo de vinculación:

Empleado público de libre nombramiento y remoción	
Empleado público de carrera administrativa	
Empleado público con nombramiento provisional	
Empleado público con nombramiento temporal	
Empleado público de periodo	
Contratista de prestación de servicios	X

Declaro a la firma de este documento que:

Sí:_____ No: X me encuentro en una situación de conflicto de intereses real.

Si su respuesta fue "sí", proceda a llenar la causal de conflicto de intereses:

La causal de conflicto consiste en:

_____
_____
_____
_____

Por lo anterior, solicito se estudie y comunique la decisión que se tome.

Si su respuesta fue "no", pero se encuentra en una situación de conflicto de interés aparente, describa dicha situación y ofrezca toda la información necesaria para demostrar que dicho conflicto no es ni real ni potencial:

Descripción de la situación:

_____
_____
_____
_____

Información relacionada:

_____
_____
_____

Firma _____

Cédula de ciudadanía No. 40398659 de Villanueva

Fecha 10-09-2026

DECLARACION JURAMENTADA INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

De acuerdo con lo establecido en el artículo 11 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011) y en el artículo 40 de la Ley 734 de 2002, declaro tener conocimiento de las situaciones que pueden constituir un conflicto de intereses, así como la importancia de identificarlos y declararlos preventivamente en cumplimiento de la política de integridad pública (Decreto 1499 de 2017).

Yo, Florida Contreras Barreto, identificado (a) con la cedula de ciudadanía No. 40398659 de Yopal, manifiesto bajo la gravedad del juramento, de conformidad con los decretos 1557 y 2282 de 1989 y el artículo 299 del C.P.C., lo siguiente:

PRIMERO: Bajo gravedad de juramento declaro que no me encuentro incurso dentro de las causales de inhabilidad e incompatibilidad legal establecidas en la Constitución Nacional, ni el artículo 8 de la ley 80 de 1993 y normas concordantes y que, tampoco, me hallo en ninguno de los eventos de prohibición especial para contratar con el Estado; en especial, que no aparezco reportado en el boletín de Responsables Fiscales vigentes, expedido por la Contraloría General de la República, de acuerdo con lo previsto en el artículo 60 de la Ley 610 de 2000, en concordancia con el numeral 4 del artículo 38 de la Ley 734 de 2002, ni en los boletines de deudores morosos de las Entidades Estatales, según lo dispuesto en el parágrafo 3 de la Ley 716 de 2001.

SEGUNDO: Igualmente, declaro, bajo la gravedad de juramento, que NO TENGO PROCESOS ALIMENTARIOS PENDIENTES EN CONTRA, ante la jurisdicción civil, ni penal y que cumpliré con mis obligaciones de familia.

Lo anterior está sujeto a veracidad probatoria.

Se firma la presente a los 10 días del mes de Sept. del año 2026

Florida Contreras B.

Nombre:
C.C. No. 40398659

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **40.398.659**

CONTRERAS BARRETO

APELLIDOS

FLORAIDA

NOMBRES

Floraida Contreras Barreto

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-MAY-1971**

TAURAMENA
(CASANARE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.59	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

01-AGO-1991 VILLAVICENCIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-4685000-43165156-F-0040398659-20071122 **01039**07325Q 02 195677801

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

El suscrito contratista, identificado como aparece al pie de mi firma, manifiesto en forma libre y voluntaria, de manera unilateral, en mi propio nombre y en el del personal que, de acuerdo con el objeto contractual, llegue a vincular para su ejecución, así como en cumplimiento de los términos establecidos para el desarrollo del siguiente objeto contractual:

Prestar servicios como facturador en el área de Urgencias dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la ESE Hospital Local de Tauramena.

Me comprometo a cumplir con el COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD frente al proceso de contratación a ejecutar.

Reconozco que es mi responsabilidad guardar estricta reserva sobre la información confidencial, clasificada o reservada a la cual tenga acceso o conocimiento durante el desarrollo del proceso contractual.

En caso de contar con personal vinculado para la ejecución del contrato, me comprometo a impartir las instrucciones necesarias para que se dé cumplimiento riguroso al presente compromiso de confidencialidad, garantizando que dichos terceros no divulguen, publiquen, comuniquen ni revelen información confidencial a funcionarios o personas no autorizadas para recibirla.

Me comprometo a actuar con la mayor diligencia en la custodia, uso y tratamiento de la información confidencial, absteniéndome de entregar dicha información, incluso a funcionarios de la entidad, que no cuenten con la debida autorización. En todo caso, dicha entrega solo podrá efectuarse mediante autorización previa, expresa y por escrito del titular de la información o de la persona responsable de la Seguridad de la Información en la entidad.

Me comprometo también a no publicar información alguna por medios de comunicación electrónicos, digitales o físicos que permita el acceso de terceros no autorizados a información confidencial, clasificada o reservada de la institución.

En caso de incumplimiento, acepto asumir la responsabilidad individual o solidaria por cualquier trasgresión que se derive de mi actuar o del actuar de las personas vinculadas para la ejecución del contrato, incluyendo la obligación de resarcir o indemnizar civil, penal y administrativamente a la E.S.E Hospital Local de Tauramena por los daños ocasionados, hasta el restablecimiento pleno de su situación jurídica.

El presente Compromiso de Confidencialidad, así como las obligaciones derivadas del mismo, permanecerán vigentes aún después de finalizado el vínculo contractual, conforme a lo establecido en la Ley 1474 de 2011 (Estatuto Anticorrupción) y atendiendo a la naturaleza sensible de la información que maneja la entidad, sin límite de tiempo.

Firma del contratista: _____

Nombre completo: Floralba Contreras B.

Tipo y número de identificación: 40398659

Ciudad y Fecha: Tauramena 10-09-2026

FORMATO DE COMPROMISO DE ANTICORRUPCIÓN

Información General

Nombre completo: Floraida Contreras Barreto

Tipo y Número de identificación: 40398659

Dirección: Calle 16 A #5-32

Teléfono: 3114677755

Correo electrónico: floraidacontreras@gmail.com

Objeto del contrato:

prestar servicios como facturación en el área de urgencias dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la ese hospital Local de Tauramena

COMPROMISO DE ANTICORRUPCIÓN

El suscrito, en calidad de Contratista, manifiesto libre y voluntariamente que:

1. Reconozco y respaldo el compromiso del Estado colombiano y de la E.S.E Hospital Local de Tauramena con la transparencia, la probidad y la lucha contra la corrupción en todos los procesos contractuales.

2. Me comprometo a apoyar y respetar las acciones y políticas institucionales orientadas al fortalecimiento de la transparencia, la legalidad, y el ejercicio efectivo del control social y de la rendición de cuentas en el marco del presente proceso contractual.

3. Declaro que no he ofrecido, ni ofreceré, ni entregaré dádivas, sobornos, favores, regalos, pagos en especie, invitaciones, ni ningún otro tipo de incentivo indebido a funcionarios públicos o a terceros relacionados con el proceso de contratación, con la finalidad de influir de manera ilegítima en el desarrollo del mismo o en la ejecución del contrato.

4. Me abstendré de realizar cualquier acuerdo, pacto o conducta que conlleve colusión, reparto, manipulación o alteración indebida de las condiciones del proceso de selección, así como de cualquier práctica que atente contra la libre y sana competencia.

5. Declaro que mis actuaciones se rigen por los principios de ética, legalidad, integridad y buena fe, y que no se ha incurrido ni se incurrirá en ninguna conducta que comprometa la legalidad del proceso o del eventual contrato derivado del mismo.

6. Acepto que, en caso de incurrir en cualquiera de las conductas anteriormente descritas, asumiré las consecuencias administrativas, contractuales, civiles y penales que se deriven, conforme a lo dispuesto por la legislación colombiana vigente, en especial lo previsto en la Ley 1474 de 2011, el Código Penal, y demás normas aplicables en materia de lucha contra la corrupción.

En constancia de lo anterior, firmo el presente compromiso de manera voluntaria.

Nombres y apellidos: Floraida Contreras Barreto

Firma:

C.C. / NIT: 40398659

Lugar y fecha: Tauramena 10-9-2026

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

El suscrito contratista, en cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, manifiesto que he sido informado por parte de la E.S.E Hospital Local de Tauramena, sobre lo siguiente:

1. Que la E.S.E Hospital Local de Tauramena, en calidad de responsable del Tratamiento de mis datos podrá recolectar, almacenar y usar mis datos personales de los cuales soy titular, conforme a su Política de Tratamiento de Datos Personales de la entidad y normatividad aplicable.

2. Que es de carácter facultativo o voluntario responder preguntas sobre datos sensibles o sobre menores de edad.

3. Que como titular de los datos personales tengo derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de los mismos.

4. Que dichos derechos podrán ser ejercidos a través de los canales dispuestos por la E.S.E Hospital Local de Tauramena, y de conformidad con lo establecido en su Política de Tratamiento de Datos Personales.

5. Que cualquier requerimiento relacionado con el tratamiento de mis datos personales podrá ser radicado a través del correo electrónico: esehospitaltauramena@esehospital-tauramena-casanare.gov.co.

6. Que la E.S.E Hospital Local de Tauramena garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos personales.

7. Que la E.S.E se reserva el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, informando y publicando oportunamente dichos cambios en su página web.

Por lo anterior, AUTORIZO de manera voluntaria, previa, expresa, informada e inequívoca a la Empresa Social del Estado Hospital Local de Tauramena, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales, para los fines relacionados con su objeto social, y en especial para los fines legales, contractuales y misionales descritos en dicha política.

Declaro que la información suministrada es verídica y ha sido entregada de manera voluntaria.

Firma del contratista: [signature]

Nombre completo: Floraiola Contreras Barreto

Tipo y número de identificación: 40398659

Fecha: 10-09-2026

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario: 14677354762

(415)7707212489984(8020) 000001467735476 2

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

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CONTRERAS	BARRETO	FLORAIDA	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Casanare 8 5	Tauramena 4 1 0

41. Dirección principal: CL 16 A 5 32 BRR JERUSALEN

42. Correo electrónico: floraidacontreras@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 1 4 6 7 7 7 5 8	

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
8 2 1 1	2 0 1 4 0 4 0 4							

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

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

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: CONTRERAS BARRETO FLORAIDA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 08-10-2025 03:56:04PM

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre la

Institución Educativa José María Córdoba

Tauramena - Casanare

Reconocida Oficialmente por la Secretaria de Educación y Cultura Del departamento de Casanare,
Según Resolución No.001729 del 20 de octubre de 1998

Confiere a:

Contreras Barreto Floraida

C.C. No. 40.398.659 de Villavicencio

El Título

Bachiller en la Modalidad Académica

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Formal de Adultos, según lo establecido en el Decreto 3011 de Diciembre de 1997.



Rectora

Lilia María Vega Sanabria
C.C. No.23.456.833. de Tauramena

Secretaria

Flor Jacqueline Vanegas Vargas
C.C. No. 23.457.506 de Tauramena

INSTITUCION EDUCATIVA JOSE MARÍA CORDOBA

TAURAMENA (CASANARE)

NIT. 832000634 - 8

RESOLUCION DE RECONOCIMIENTO 001729 DEL 20 DE OCTUBRE DE 1998
DANE 185410000016 - ICFES 038257 - 082560

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACIÓN

En la ciudad de Tauramena – Casanare, a los 05 días del mes de diciembre del año 2003, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de grado UNDÉCIMO Sección Semipresencial, las suscritas Rectora y Secretaria en la Rectoría de la Institución Educativa JOSÉ MARÍA CÓRDOBA de Tauramena – Casanare, Institución Oficial con niveles de Educación Preescolar, Básica Primaria, Básica Secundaria y Media, con reconocimiento oficial de la Secretaria de Educación y Cultura del Departamento de Casanare, para otorgar el Título de BACHILLER EN LA MODALIDAD ACADEMICA, según Resolución número 001729 del 20 de octubre de 1998, al graduado cuyos apellidos, nombres y documento de Identidad se relacionan a continuación:

CONTRERAS BARRETO FLORAIDA

C.C. No. 40,398,659 de Villavicencio

Es fiel copia tomada del Acta de Graduación número 25C del 05 de diciembre del año 2003, que consta de 36 estudiantes, que comienza con el nombre de ALFONSO HENRY PAUL y termina con el nombre de ZORRO PINTO MARIA CELIA.

Firmada por la Licenciada LILIA MARIA VEGA SANABRIA (Rectora) y FLOR JACQUELINE VANEGAS VARGAS (Secretaria).

Dada en Tauramena – Casanare, a los 05 días del mes de diciembre del año 2003.

CALLE 8 No. 10 - 78 ... E-mail: ...

UNIVERSAL DE SISTEMAS

NIT. 17333056-3

CERTIFICA

Que **FLORAIDA CONTRERAS BARRETO** con documento de identidad N° 40.398.659 de Villavicencio Meta, Tomó la capacitacion, correspondiente al nivel secretariado sistematizado en los programas Windows, Word, Excel, Power Point, Taller de contabilidad, con una intensidad de 80 horas

Dado en Tauramena Casanare a los 27 días del mes de julio de 2004.

Cordialmente

JORGE ENRIQUE BECERRA
Gerente

MÓNICA TIERRADENTRO
Directora académica

Tauramena, Enero 11 de 2018

LA SUBGERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA

HACE CONSTAR:

Que una vez revisado el Archivo Histórico de esta entidad reposa documentación en la cual consta que **FLORAIDA CONTRERAS BARRETO** Identificada con Cédula de Ciudadanía No. 40.398.659 de Villavicencio, ejecuta Contratos de Prestación de Servicios, que se relacionan a continuación:

CLASE DE CONTRATO Y No.	FECHA DEL CONTRATO	OBJETO	PLAZO	VALOR
ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 010	ENERO 21 DE 2008	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE FACTURACION PARA LA E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA.	6 MESES	4.800.000
ORDEN D E PRESTACION DE SERVICIOS No. 143	AGOSTO 01 DE 2008	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ARCHIVO PARA LA E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA.	6 MESES	4.800.000
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 274	DICIEMBRE 01 DE 2014	CONTRATAR LOS SERVICIOS DE UN AUXILIAR DE FACTURACION PARA EL AREA DE URGENCIAS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA.	2 MESES	3.180.000
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 043	FEBRERO 12 DE 2015	CONTRATAR LOS SERVICIOS DE UNA FACTURADORA PARA EL AREA DE URGENCIAS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA.	4 MESES	5.400.000
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 121	JUNIO 24 DE 2015	CONTRATAR LOS SERVICIOS DE UNA FACTURADORA PARA EL AREA DE URGENCIAS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA.	6 MESES	8.100.000
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 019	ENERO 8 DE 2016	CONTRATAR LOS SERVICIOS DE UN (A) FACTURADOR (A) PARA EL AREA DE URGENCIAS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA.	6 MESES	8.343.000
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION No.	JULIO 12 DE 2016	CONTRATAR LOS SERVICIOS DE UN (A) FACTURADOR (A) PARA EL AREA DE URGENCIAS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA.	3 MESES	4.171.500

169				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION No. 249	OCTUBRE 21 DE 2016	CONTRATAR LOS SERVICIOS DE UN FACTURADOR (A) PARA EL AREA DE URGENCIAS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA.	2 MESES Y 7 DIAS CALENDARIO	3.105.450
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION No. 010	ENERO 12 DE 2017	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION No. 249	8 MESES Y 15 DIAS CALENDARIO	11.819.250
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION No. 203	NOVIEMBRE 16 DE 2017	CONTRATAR LOS SERVICIOS DE UN FACTURADOR (A) PARA EL AREA DE URGENCIAS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA.	1 MES	1.390.500
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION No. 299	DICIEMBRE 22 DE 2017	CONTRATAR LOS SERVICIOS DE UN FACTURADOR (A) PARA EL AREA DE URGENCIAS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA.	20 DIAS CALENDARIO	927.000

Esta constancia se expide a solicitud de la interesada.

RIDTKA BRIGIDT MORA RODRIGUEZ

LA COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO CONSULTORIA EMPRESARIAL Y DESARROLLO ASOCIATIVO EN SALUD "CEDA SALUD C.T.A." NIT 900.175.047-1

CERTIFICA:

Que el señor (a), **CONTRERAS BARRETO FLORAIDA,** identificado (a), con la cédula de ciudadanía No. 40.398.659 expedida en Villavicencio (Meta), se encontraba vinculado (a), a esta Cooperativa desde el 03 de febrero de 2009 al 22 de agosto de 2010, como asociado mediante convenio de trabajo asociado, habiéndole asignado esta cooperativa un puesto de trabajo como Auxiliar Administrativo, en los Procesos y Subprocesos a cargo de Ceda Salud C.T.A, según contratos de prestación de servicios suscritos con el Hospital de Tauramena.

Se expide, en Villavicencio a los veinticuatro (24), días del mes de septiembre de 2010.

Atentamente,

KELY JOHANA HURTADO ARCILA
Jefe De Departamento Administrativo

Tauramena Casanare, 25 de Enero de 2012.

Señores
COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO CONSULTORIA EMPRESARIAL Y DESARROLLO ASOCIATIVO "CEDA CTA"
NIT. 830.136.101-1
Villavicencio Meta

Cordial saludo,

Por medio de la presente me dirijo a ustedes muy respetuosamente con el fin de solicitarles copia del contrato con fecha 01/28/2011 hasta 12/17/2011 el cual se encuentra a mi nombre en el que desempeñaba el cargo de **AUXILIAR ADMINISTRATIVO**, lo anterior por motivos de requisito en la oficina del trabajo.

Gracias por su atención y colaboración a la presente y en espera de una pronta y positiva respuesta.

Atentamente,

FLORAIDA CONTRERAS BARRETO
CC. 40.398.659 DE VILLAVICENCIO META
CEL. 312 397 2312

169				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION No. 249	OCTUBRE 21 DE 2016	CONTRATAR LOS SERVICIOS DE UN FACTURADOR (A) PARA EL AREA DE URGENCIAS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA.	2 MESES Y 7 DIAS CALENDARIO	3.105.450
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION No. 010	ENERO 12 DE 2017	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION No. 249	8 MESES Y 15 DIAS CALENDARIO	11.819.250
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION No. 203	NOVIEMBRE 16 DE 2017	CONTRATAR LOS SERVICIOS DE UN FACTURADOR (A) PARA EL AREA DE URGENCIAS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA.	1 MES	1.390.500
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION No. 299	DICIEMBRE 22 DE 2017	CONTRATAR LOS SERVICIOS DE UN FACTURADOR (A) PARA EL AREA DE URGENCIAS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA.	20 DIAS CALENDARIO	927.000

Esta constancia se expide a solicitud de la interesada.

RIDTKA BRIGIDT MORA RODRIGUEZ

La Cooperativa de Trabajo Asociado CEDA SALUD CTA

CERTIFICA

Que el (la) Señor (a) FLORAIDA CONTRERAS BARRETO identificado(a) con cedula No. 40.398.659 de Villavicencio - Meta, se encuentra asociado(a) a nuestra cooperativa desde el tres (03) de febrero de 2009, mediante acuerdo cooperativo de Trabajo Asociado en términos de tiempo indefinido, desempeñándose como Auxiliar Administrativo en las instalaciones del Hospital Local de Tauramena, devengando una compensación ordinaria mensual de QUINIENTOS QUINCE MIL PESOS M/CTE ($515.000.oo) y en desarrollo del Contrato de Prestación de Servicios que CEDA SALUD C.T.A. sostiene con esta entidad contratante

Para constancia de lo anterior se firma en la ciudad de Tauramena, a los seis (06) días del mes de julio de 2.010 .

Cordialmente,

Ceda Salud C.T.A.
Cooperativa Especializada en Salud

FIDEL CASTRO ORTEGA
Director Oficina

Esacauca

La Escuela de Salud del Cauca S.A.S

Institución de Formación para el Trabajo y desarrollo con lic. funcionamiento No. 20121700032954 del 14 de julio de 2012 emitida por la Secretaria de Educación Municipal

Hace constar que:

FLORAIDA CONTRERAS BARRETO

Con c.c. N. 40.398.659 DE villavicencio

Realizó y aprobó el curso de:

la **Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y de la Infancia Integral -IAMII**; con énfasis en las Rutas Integrales de Atención en Salud

Con una duración de 20 horas.

En testimonio de lo anterior se firma en Popayán a los 10 (diez) dias del mes de ***enero*** *del 2025*

FIRMA DIGITAL

Mg. AMPARO VELASCO R.
Directora General

Esacauca VIRTUAL

Para consultar la validez de este certificado consulte mediante correo electrónico al rc.academica@esacauca.edu.co

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN:ESACV0

EDUCliC

Tu ventana al conocimiento

NIT: 901560863

CERTIFICA QUE

FLORAIDA CONTRERAS BARRETO

IDENTIFICADO(A) CON C.C. 40398659

Asistió al Curso Básico de :

HUMANIZACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD -HSS-

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA EL 10/10/2025 , LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

Hernando Enrique Cortes Burgos
GERENTE

Hernando Enrique Cortes Burgos
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA
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 SALUD.

Recuerde Amiga Casanareña
El Tétanos es **MORTAL**
¡ VACUNESE !

CENTRO DE SALUD



TAURAMENA
CASANARE

Una Propuesta Honesta y Capaz

ESQUEMA DE VACUNACION CONTRA EL TETANOS

Dos Dósis protegen, Tres Años.
Tres Dósis, Cinco Años.
Cuatro Dósis dan Inmunidad de por Vida

REPUBLICA DE COLOMBIA
MUNICIPIO DE TAURAMENA
CENTRO DE SALUD

CARNET DE VACUNACION ANTITETANICA

MEF. ☐ GESTANTE ☐

Nombre: Floraida Contreras

Edad: 26 Años

Dirección: Tauramena

Organismo: Centro de Salud

Nombre del Vacunador Responsable:

Firma y Sello: Hermes G.

RECOMENDACIONES

Si es Usted una mujer de 14 a 45 años
Recuerde:

- Aplíquese la 1ª dósis de vacuna contra el Tétano; de 4 a 6 semanas aplíquese la segunda dósis , a los 6 meses aplíquese un primer refuerzo, al año un segundo refuerzo y al año un tercer refuerzo lo cual le dará protección de por vida.
- Toda mujer embarazada debe vacunarse.
- Su hijo debe tener todas las vacunas antes de cumplir su primer año de vida.
- Las vacunas son el medio mas eficaz para prevenir enfermedades como la Poliomielitis, el Sarampión, la Hepatitis, las Paperas, la Rubeola, el Tetanos, la Difteria, la Tosferina y la Tuberculosis.
- Toda mujer entre 14 y 45 años debe aplicarse el esquema completo de vacunación contra el Tetanos.

TOXOIDE TETANICO			
	1ª	Fecha de Vacunación	octubre 12 /97
	2ª	Fecha	
		Vacunación	Dic 18 /97
	1er refuerzo	Fecha	Junio 19/98
		Vacunación	04-17-99
	2do refuerzo	Fecha	oct 17-99
		Vacunación	sep-29-04
	3do refuerzo	Fecha	sep-29-05
		Vacunación	
OTRAS VACUNAS			

Carné Digital de Vacunación Colombia

Salud

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: d66e2017-e8b6-45d2-b3b8-6d821f324ec3

Nombres y apellidos / Full name: FLORAIDA CONTRERAS BARRETO

Tipo de identificación / ID Type: CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number: 4 0 3 9 8 6 5 9

Fecha de nacimiento / Date of birth: 20/05/1971

País nacimiento / Country of birth:

Numero de contacto (móvil) / Phone number: 311467758

Correo electrónico / e-mail:

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination: Día / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	07	05	2020		V50220006	TAURAMENA ESE HOSPITAL LOCAL	NUBIA EDITH SANCHEZ PINEDA
COVID SINOVAC	Primera	02	03	2021		A2021010044	TAURAMENA ESE HOSPITAL LOCAL	HERMES GONZALEZ CACHAY
COVID SINOVAC	Segunda	31	03	2021		E202102012	TAURAMENA ESE HOSPITAL LOCAL	ANA JUDITH PARRALES PINTO
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	04	09	2026	SEQIRUS	025526	TAURAMENA ESE HOSPITAL LOCAL	HERMES GONZALEZ CACHAY - CC9656141 - ACTIVO
Fiebre Amarilla	Única	09	09	2026	Sanofi Pasteur	Y3D32	TAURAMENA ESE HOSPITAL LOCAL	GLORIA HELENA SANCHEZ RONDON - CC23467755 - ACTIVO

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

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

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

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

The 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 schedule as it is described here.

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

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

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

Servimedicas
IPS

Certificado de Vacunación del adulto

Nombres: Flaaida

Apellidos: Contreras Baneto

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

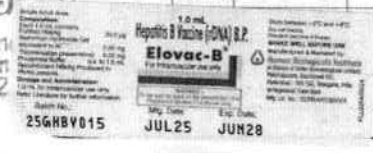
Número de documento: 40398659

Fecha de nacimiento: Día: 20 Mes: 05 Año: 1971

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Tdap acelular	1			
	2			
Hepatitis B	1	8-09-26	246HBV015	Nubia Sanchez
	2	8-10-26		
	3			

Nubia E. Sanchez
Aux. de Enfermería
Vacunación
Reg. 6592

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



PROCURADURÍA
GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 301371217

PIB
22:55:14

Bogotá DC, 18 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) FLORAIDA CONTRERAS BARRETO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 40398659:

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 martes 18 de agosto de 2026, a las 22:57:23, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	40398659
Código de Verificación	40398659260818225723

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 11:26:39 PM horas del 18/08/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **40398659**
Apellidos y Nombres: **CONTRERAS BARRETO FLORAIDA**

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

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

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

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

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

Presidencia de la República Ministerio de Defensa Nacional Portal Único de Contratación GOV.CO
Todos los derechos reservados.

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, 18/08/2026 11:20:43 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **40398659 FLORAIDA CONTRERAS BARRETO.**

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. **145931548** . 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

Información 515 9000

Dios y Patria

Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 Nº 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

GOV.CO

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 40398659 **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 24/08/2026 02:53 PM

Código Verificación: **FUN547Q6Y9**

Válida hasta: **22/11/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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 10:00:13 horas del 04/09/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **40398659,** Apellidos y Nombres **CONTRERAS BARRETO FLORAIDA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA**, con NIT **844001287-3** 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

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

FLORAIDA CONTRERAS BARRETO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **40.398.659**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 20 de Agosto del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

SANITAS 11.0.5

Usuario: 1101815285.prest Salir (/ValidadorDerechos/pages/gestion/ValidacionDerechos.seam?actionMethod=pages%2Fgestion%2FValidacionDerechos.xhtml%3Aauthenticator.logout&cid=18602)

Validación

Información usuario

CONTRERAS_BARRETO,FLORAIDA_

Compañía:	30 EPS	**Estado:**	**VIGENTE**	**Correo electrónico:**	floraidacontreras@gmail.com
Plan:	10 REGIMEN CONTRIBUTIVO	**Tipo Documento:**	CC	**Fecha Nacimiento:**	1971-05-20
Contrato:	8974230	**Número Documento:**	40398659	**Edad:**	55 AñOS
Familia:	1	**Teléfono principal:**		**Sexo:**	F
Número de Usuario:	1	**Segundo Teléfono:**			

Servicios | Registro de Sesiones en Curso | Registro de Inconsistencias | Información EPS/MP

Información Entidad Promotora De Salud

Condición de beneficiario mayor de 18 AñOS:	S	Semanas cotizadas a la SGSSS:	
Usuario compartido:	N	Categoría:	A
PAC - Plan de atención complementaria:		Tipo de documento:	CC
Número de documento del Cotizante Titular:	40398659	Motivo del estado del usuario:	CONTRIBUTIVO
Tipo de afiliado:	TITULAR		

IPS médico

Nombre:	E S E HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA
Dirección:	CR 15 8-63
Teléfono:	3183701327
Municipio:	TAURAMENA
Departamento:	CASANARE

IPS Odontológico

Nombre:	E S E HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA
Dirección:	CR 15 8-63
Teléfono:	3183701327
Municipio:	TAURAMENA
Departamento:	CASANARE

Alertas

NORMAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 40398659		CONTRERAS BARRETO FLORAIDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 16a #5-32	TAURAMENA-CASANARE	6247118	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-07	2026-07	615708796	9508584419	I	2026/08/18	2026/09/01	BANCOLOMBIA	14	$547,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	Fondo Solidaridad Pensional	Intereses de Mora Fondo Solidaridad	Fondo Subsisten
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$3,000			
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$3,000	$0		$0
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$500			
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$42,700	$500	$0		$0
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$2,400			
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$218,900	$2,400	$0		$0
TOTAL				1	$541,800	$5,900	$0		$0

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 40398659		CONTRERAS BARRETO FLORAIDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 16a #5-32	TAURAMENA-CASANARE	6247118	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-07	2026-07	615708796	9508584419	I	2026/08/18	2026/09/01	BANCOLOMBIA	14	$547,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905
Ciudad: TAURAMENA Depto: CASANARE (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905
1	CC 40398659	CONTRERAS FLORAIDA	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS005	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,750,905
Total	**Afiliados(1)**				$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905

2026/09/01 02:21 PM

SERVICIOS MEDICOS DEL CASANARE SERVIMEDICAS S.A.S

Nit. 832000532 - 5

Dirección: CRA 12 N 6 - 47

Tel: 6247712 - 3041048125

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

INGRESO

Tipo certificación: Ingreso ⊗ Periódico ○ Retiro ○ Post incapacidad ○ Caso ocupacional ○
Control ○ Reubicación ○ Ingreso al SVE ○ Trabajo en alturas ○

DATOS DEL PACIENTE



Fecha **10/01/2025 12:00:00**

Empresa **ESE HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA**

Doc. Identidad **CC 40398659** Nombre **FLORAIDA CONTRERAS BARRETO**

Cargo **AUXILIAR DE FACTURACION**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

EXAMEN OCUPACIONADE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

CONCEPTO

Cumple con los criterios médicos para el cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGÚN EL CARGO
POSTURAS ERGONOMICAS
BUENOS HÁBITOS DE HIGIENE POSTURAL
USO DE CORRECCION OPTICA PERMANENTE Y EL EPP
*SE EMITE CONCEPTO DE APTITUD LABORAL PARA EL CARGO SEGÚN EXAMEN FÍSICO SOLICITADO, SE DESCONOCE ESTADO MENTAL, VISUAL, AUDITIVO Y METABÓLICO. SE SUGIEREN ESTOS EXÁMENES COMPLEMENTARIOS SEGÚN PERFIL DEL CARGO.

RESTRICCIONES LABORALES

NINGUNA PARA EL CARGO ACTUAL.

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

REMISIÓN	SI ○	NO ⊗	ARL	SI ○	NO ○	EPS	SI ○	NO ○

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

SABINA VALIENTE MARTINEZ
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC:32861987 RM 1726-95
LIC. N° 0866/2023

Floraida

Trabajador: FLORAIDA CONTRERAS BARRETO
CC: 40398659
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica