	ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO		
Rudesindo Soto	PROCESO DE INDUCCION Y REINDUCCION	GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS CODIGO: MA-GT-GTH-F-01	
		Versión	01
		Página	1 de 2

NOMBRES Y APELLIDOS	Fabio Alonso Quiroga
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	88146568
FECHA DE INICIO DE INDUCCION	31-08-25

AREAS	ACTIVIDAD QUE REQUIERE INDUCCION	RECIBIDO	FECHA	FIRMA INDUCTOR
ADMISIONES	PROCESO DE INGRESO DE PACIENTE ENVIO DE SOLICITUD DE AUTORIZACIONES DEBERES Y DERECHOS DE LOS PACIENTES FORMATOS-REGISTROS	31/8/26	31/8/26	
S. ASISTENCIALES	PROCESO DE ATENCION CONSULTA EXTERNA,URGENCIAS Y FARMACODEPENDENCIA (FORMATOS,PROTOCOLOS,ACTIVIDADES ESPECIFICAS DEL SERVICIO)PROCESOS ENTREGA DE TURNO Y MANEJO DE MEDICAMENTOS- CAMARAS. ALARMAS	Damaris V	31/08	Damaris V
	PROTOCOLOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE- EVENTOS ADVERSOS	Damaris V	31/08	Damaris V
FACTURACION	PROCESO DE FACTURACION	Liliana Montaño	01-09-26	Liliana Montañez
SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD	SOCIALIZACION CRONOGRAMAS, RESPONSABILIDADES, OBLIGACIONES Y DERECHOS DAR A CONOCER LOS PROGRAMAS Y ESTRATEGIAS DE SALUD PUBLICA (VICTIMAS DE LA VIOLENCIA SEXUAL Y CONFLICTO ARMADO) IGIS Y DE FARMACODEPENDENCIA PRESENTACION DE PERSONAL RESPONSABLE DE LA ATENCION (PSQUIATRAS, MEDICOS,EQUIPO TERAPEUTICO, PERSONAL DE ENFERMERIA)	01-09-26	01-09-26	Julian Torres 01-09-26
PLANEACION	PORTAFOLIO DE SERVICIOS POLITICAS PLATAFORMA ESTRATEFICA NORMAS DE LA ESE PRESENTACION DE LA ESTRUCTURA DEL MAPA DE PROCESOS Y DE LA JUNTA DIRECTIVA	01-09-26	01-09-26	
JURIDICA		01/09/26	01/09/26	

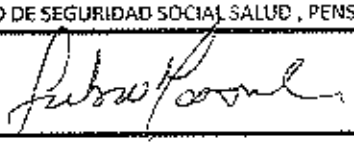
	OBLIGACIONES DEL OBJETO DE CONTRATO Y REQUERIMIENTOS DE LEY POR IMCUMPLIMIENTO			
CONTRATACION	ENTREGA DE REQUISITOS NECESARIOS PARA LA REALIZACION DEL PROCESO CONTRACTUAL REVISION DE LOS REQUERIMIENTOS DE LEY PARA REALIZAR EL CONTRATO INFORMACION SOBRE REQUISITOS PARA EL PROCESO DE COBRO MENSUAL DEL CONTRATO ENTREGA DE CONTRATO	31/08/2026	31/08/2026	Bryan Rodgers
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SOCIALIZAR EL SISTEMA DE GESTION DE SGSST SOCIALIZACION NORMAS DE BIOSEGURIDAD SOCIALIZACION DEL PGIRHS SOCIALIZACION PLAN DE SEGURIDAD VIAL	31. 08. 26	31. 08. 26	Lizeth Sáenz.
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	LINEAMIENTOS GENERALES DE SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y TALENTO HUMANO	31-08-2026	31-08-2026	

Margarita Ramirez

FIRMA

SUBGERENTE ADMINISTRATIVO CON FUNCIONES DE TALENTO HUMANO

PROPUESTA DE PRESTACION DE SERVICIOS HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO	
AREA: EJECUCION DE ACCIONES DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE EXTERNALIDAD EN LA SALUD PUBLICA PARA LA PROMOCION DE LA SALUD CONFORME AL MARCO DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS , RESOLUCION MINSALUD 1597 DE 2025 Y RESOLUCCION MINSALUD 3280 DE 2018, EN EL DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER	
NOMBRE DEL PROPONENTE: FABIO MORENO CAMACHO	
PROFESION U OFICIO A DESARROLLAR: LIDER PAR COMUNITARIO	
FECHA PRESENTACION DE LA PROPUESTA: SEPTIEMNRE 2026	
PERIODO A DESARROLLAR LA PROPUESTA: SEPTIEMBRE a diciembre de 2026	
ACTIVIDADES Y COMPROMISOS A DESARROLLAR	
1	Apoyar los procesos de relacionamiento con la comunidad y el funcionamiento del dispositivo comunitario (Centro de Escucha)
2	Participar en los recorridos comunitarios y en las jornadas de atención de los puntos fijos programados en los municipios priorizados.
3	Promover la participación comunitaria y la vinculación de la población objeto a las actividades de la estrategia.
4	Brindar orientación básica, escucha inicial e información a la comunidad sobre la oferta institucional y las rutas de atención, conforme a los lineamientos de la estrategia.
5	Apoyar la identificación de líderes, redes de apoyo y actores comunitarios para el fortalecimiento de la estrategia Centros de Escucha.
6	Acompañar las actividades de promoción de la salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas desarrolladas por el equipo interdisciplinario.
7	Apoyar la convocatoria, organización y logística de las actividades comunitarias programadas.
8	Diligenciar los registros básicos y apoyar la recolección de información requerida para el seguimiento de las actividades desarrolladas.
9	Participar en las reuniones programadas por la Subgerencia de Servicios de Salud o por el supervisor del contrato
10	Cumplir con los lineamientos, metas e indicadores establecidos para la estrategia.
DE IGUAL FORMA ME PERMITO HACER ENTREGA DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS NECESARIOS PARA EL PROCESO DE CONTRATACION	
1.	HOJA DE VIDA CON TODOS SUS SOPORTES
2.	FORMULARIO DE REGISTRO UNICO TRIBUTARIO
3.	POLIZAS
4.	DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y VENTAS
5.	CERTIFICADO DE ANTECENDENTES FISCALES (CONTRALORIA) VIGENTE
6.	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS (PROCURADURIA) VIGENTE
7.	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES (POLICIA) VIGENTE
8.	AFILIACION A SISTEMA OBLIGATORIO DE SEGURIDAD SOCIAL SALUD , PENSION Y ARL VIGENTE
NOMBRE: FABIO MORENO CAMACHO C.C. 88176568	



FORMATO ÚNICO

Libertad y Orden

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Moreno	Camacho	Fabio

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 88176568 .
GÉNERO: F ( ) M (X) NB ( )
NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO 88176568 D.M. 56

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 01 MES 07 AÑO 1975

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: NORTE DE SANTANDER

MUNICIPIO: CUCUTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

AVENIDA 6C BIS ESTE 6 35

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: NORTE DE SANTANDER

MUNICIPIO: CUCUTA

TELÉFONO: EMAIL: FAMOCA2019@GMAIL.COM

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA) TL (TECNOLÓGICA) TE (TECNOLÓGICA 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).

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 ESCRISE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER	MUNICIPIO CUCUTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 5824937	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	07	Mes	07	Año	2025	Día	31	Mes	08	Año	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL LIDER COMUNITARIO	DEPENDENCIA AREA DE PRESTACION DE SERVICIO					DIRECCIÓN AVENIDA 19 null null BARRIO SANTANDER						

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
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 INCOMPATIBILIDAD 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 Cuarta 31 Agosto

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

INFORMACIÓN DE CONTRATO

Código Contrato 3456540

Entidad HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO - 3498

Contratista Fabio Moreno Camacho

Departamento	NORTE DE SANTANDER	**Municipio**	CUCUTA		
Fecha Firma	07/07/2026	**Fecha Inicio**	07/07/2026	**Fecha Fin**	31/08/2026

Número Contrato 345 DE 2026

Duración días 25

Duración Meses 1

Objeto CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO COMO LIDER COMUNITARIO PARA EJECUTAR ACIONES DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE EXTERNALIDAD EN LA SALUD PUBLICA PARA LA PROMOCION DE LA SALUD CONFORME AL MARCO DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS , RESOLUCION MINSALUD 1597 DE 2025 Y RESOLUCION MINSALUD 3280 DE 2018, EN EL DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER

Alcance CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO COMO LIDER COMUNITARIO PARA EJECUTAR ACIONES DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE EXTERNALIDAD EN LA SALUD PUBLICA PARA LA PROMOCION DE LA SALUD CONFORME AL MARCO DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS , RESOLUCION MINSALUD 1597 DE 2025 Y RESOLUCION MINSALUD 3280 DE 2018, EN EL DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER

Moneda Monto	PESOS COLOMBIANOS	**Monto**	5800000
Moneda Honorarios		**Honorarios**	

Fuente Financiación PROPIOS

Derecho Exclusividad No

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario: 14625986350

(415)7707212409984(8020) 000001462598635 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 9 1 7 6 5 6 8	7	Impuestos de Cúcuta	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	8 8 1 7 6 5 6 8

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Norte de Santander 5 4	Tibú 8 1 0

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MORENO	CAMACHO	FABIO	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Norte de Santander 5 4	Cúcuta 0 0 1

41. Dirección principal: CL 12 3 05 BRR MOTILONES

42. Correo electrónico: fabiomoreno75@yahoo.es

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	5 9 4 9 8 1 8	3 1 2 5 1 4 9 4 8 6

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 4 9

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

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: 20190618

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 1.6.1.2.5 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y aceptó la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

994. Nombre: ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

995. Cargo:

Fecha generación documento PDF: 31-08-2026 09:49:50AM

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 88.176.568
MORENO CAMACHO

APELLIDOS
FABIO

NOMBRE

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 01-JUL-1975
TIBU
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.67 ESTATURA | B+ G.S. RH | M SEXO

27-AGO-1993 TIBU
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
SANTANDER, SANTIAGO TORRES

INDICE DERECHO

A-2500100 0015514 2V-00FR1Y3560-20090904 0014429A8A1 7950097182

REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES

98176568

PERTENECE AL EJERCITO DE

1A. LINEA	2A. LINEA	3A. LINEA
09	26	25
31 - DIC.	31 - DIC.	31 - DIC.

APELLIDOS Y NOMBRES
MORENO CAMACHO
FABIO

BACHILLER

PROFESION



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL

Este es un documento público y [illegible] presentarlo para los siguientes actos:

- Tomar posesión de los empleos públicos o privados
- Ingresar a la carrera administrativa
- Obtener o refrendar el pase o licencia para conducir vehículos
- Registrar título como profesional y ejercer la profesión
- Firmar contratos con cualquier entidad pública o privada
- Obtener el pasaporte e ingresar a la universidad

En caso de convocatoria de reservas, de llamamiento especial o de movilización debe efectuar presentación inmediata en el cuerpo de tropa más cercano al lugar de su residencia con el fin de recibir instrucciones.

98176568

TC. RAFAEL MEJIA ROA — 05 ABR 97

CODE DIMC No. 55 — FECHA EXP.

Función Pública

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

Tipo de declaración: INGRESO

Fecha de publicación: 2026-07-06 12:58

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
FABIO		MORENO	CAMACHO

Documento de identificación

Tipo: CEDULA DE CIUDADANIA

Número: 88176568

Lugar de nacimiento

País: COLOMBIA

Departamento: NORTE DE SANTANDER

Municipio: CUCUTA

Lugar de domicilio

País: COLOMBIA

Departamento: NORTE DE SANTANDER

Municipio: CUCUTA

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje: HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO

Lugar de sede

País: COLOMBIA

Departamento: NORTE DE SANTANDER

Municipio: SAN JOSÉ DE CÚCUTA

Dirección: ['Calle 22 Avenida 19B Barrio Santander\r\n"]

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.

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	$2.500.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$2.500.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$15.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
CARRO	COLOMBIA	NORTE DE SANTANDER	CUCUTA	$35.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
CRÉDITO VEHICULAR	$20.000.000,00

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTO 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 [X] No [ ]

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
SANDRA	LILIANA	PORTILLA	CALDERON

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 60368610

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:

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 31 de agosto de 2026, a las 12:47:37, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	88176568
Código de Verificación	881765682608311247 37

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

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

Consulta de antecedentes.

Permite consultar los antecedentes disciplinarios, penales, contractuales, fiscales y de pérdida de investidura con solo digitar el número de identificación de la persona natural o jurídica.

Tipo de Identificación: Cédula de ci

Número Identificación: 88176568

¿Escriba los tres primeros dígitos del documento a consultar?: 881

Consultar

Datos del ciudadano

Señor(a) FABIO MORENO CAMACHO identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 88176568.

El ciudadano no presenta antecedentes

Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.
Fecha de consulta: lunes, agosto 31, 2026 - Hora de consulta: 12:49:14

OTRAS ENTIDADES

CONTRALORÍA

CONTADURÍA

AUDITORIA

FISCALIA

CONTRALORÍA AMBIENTAL

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

Sede principal
Dirección: Carrera 5 # 15-80, Bogotá D.C, Colombia
Código Postal: 11332
Horario de atención: lunes a viernes, 8 a.m. a 5 p.m., jornada continua

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 12:53:01 PM horas del 31/08/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **88176568**
Apellidos y Nombres: **MORENO CAMACHO FABIO**

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.arsie-sto@policia.gov.co

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 31/08/2026 12:54:07 p. m. para **el Nº de Expediente o Comparendo:** Nº. **88176568**

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. **146706199** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Carrera 59 # 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN , Bogotá D.C
Línea de atención: 018000-910112

GOV.CO

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 12:59:54 horas del 31/08/2023 el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. 88176568, Apellidos y Nombres MORENO CAMACHO FABIO

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO, con NIT 890500810-4 y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 de 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 de 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad vigente frente al tratamiento de datos.

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

Este carné es válido en Colombia.
Podrá ser solicitado 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, los cuales podrá consultar en la página oficial de la Secretaría de Salud de su entidad territorial.

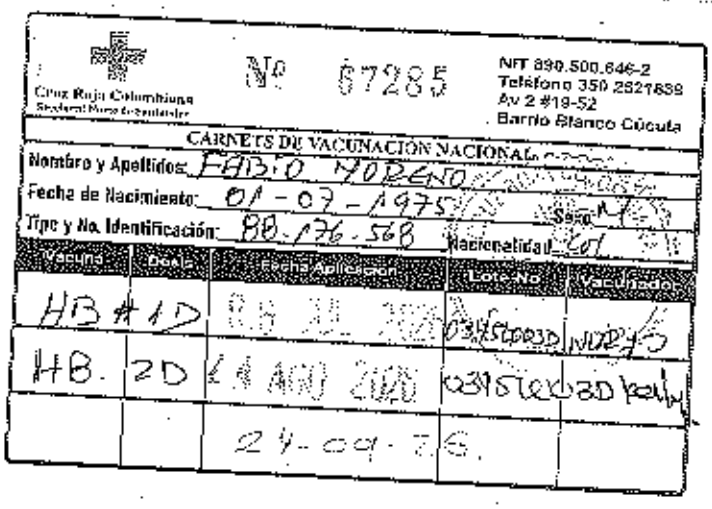
Salud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres:	Fabio
Apellidos:	Moreno Camacho
Documento de identidad:	C.C. X C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. R.P.T. D.E.
Número de documento:	88 176 568
Fecha de nacimiento:	Día 01 Mes 07 Año 1975

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única			
Fiebre Amarilla	Única	06/07/26	321	[illegible]
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdxP acelular	1			
	2			
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	Anual	06/07/26	[illegible]	[illegible]
	Anual			
Covid 19				
Otras				



Cruz Roja Colombiana
Seccional Norte de Santander

Nº 67285

NIT 890.500.646-2
Teléfono 350 2521839
Av 2 #19-52
Barrio Blanco Cúcuta

CARNETS DE VACUNACIÓN NACIONAL

Nombre y Apellidos: FABIO MORENO

Fecha de Nacimiento: 01-07-1975 Sexo: M

Tipo y No. Identificación: 88.176.568 Nacionalidad: Col

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Vacunador
HB #1D		08 JUL 2020	03450003D	NORYS
HB.	2D	24 AGO 2020	03450003D	[illegible]
		24-09-76.		

COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A

NIT 900.226.715 - 3

CERTIFICA:

El suscrito afliado relacionado a continuación se encuentra o ha estado registrado en la EPS, con los siguientes datos:

Tipo y No. de documento:	CC 88176568
Nombres:	FABIO MORENO CAMACHO
Tipo de afiliado:	Cotizante
Fecha de afiliación:	2026-07-06
Estado de afiliación:	Activo
Régimen:	Contributivo
Nivel de contribución:	A
Departamento - Municipio:	NORTE DE SANTANDER SAN JOSE DE CUCUTA
Tipo de Servicio	IPS
IPS Atención	540010244201 - SALUD SOCIAL SAS - PROMONORTE IPS

OBSERVACIONES:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS NO VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

La anterior certifcación se expide y firma el 2026-09-01 a solicitud del interesado y es válida hasta el 2026-10-01

CARLOS TORRES SALAZAR
DIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

#PasateACoosalud
Línea de atención nacional 01 8000 515511
desde tu celular al #922 - www.coosalud.com

@CoosaludEPS @CoosaludL @CoosaludEPSS @coosaludeps

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-6

CERTIFICA QUE:

FABIO MORENO CAMACHO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **88.176.568**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 31 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.*

POSITIVA

GRUPO BICENTENARIO

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

Fabio Moreno Camacho identificado con CC. 88176568 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

Nombres y/o Razón	HOSPITAL MENTAL DE CUCUTA RUDESINDO SOTO
Tipo y Numero de Documento	NI - 890500810

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL

Fecha de inicio de cobertura	2026/07/07	**Fecha inicio contrato**	2026/07/06
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/12/31
Riesgo	3	**Código actividad económica**	3561001 - Actividades de hospitales y clínicas, con internación, comprende las actividades que consisten principalmente en
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	2026/12/31	**Estado del contrato**	Activa

Esta certificación se expide a los 31 días del mes de agosto del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC31082026N88176568A21881560.** Este código es válido por un mes.

CER_AFI_20260312TS
197

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

Rudesindo Soto	FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO PERSONAS NATURALES Y JURIDICAS SARLAFT E.S.E HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO DE CUCUTA	VERSION: 01	EDICIÓN:
			PÁGINA 1 DE 3

Fecha de Diligenciamiento: 31 / 8 / 2026 Ciudad: CUCUTA Tipo de solicitud: Nuevo [X] Renovación [ ] Actualización [ ]

Clase de vinculación con la UEN: Contratista [X] Proveedor servicios de salud [ ] Proveedor de suministros [ ] Otro [ ]

1. PERSONA NATURAL

Apellidos: MORENO CAMACHO Nombres: FABIO

CC [X] CE [ ] TI [ ] RC [ ] Otra [ ] No: 88176568 Fecha de Nacimiento: 2 7 1 5 7 5

Lugar de Nacimiento: TIBU(N.S) Nacionalidad: COLOMBIA Ocupación/ Oficio: LIDER COMUNITARIO

Profesión: LIDER COMUNITARIO Teléfono: Celular: 3125149486

Dirección Residencia: AV 6C # 6-35 PADROS DEL ESTE Municipio: CUCUTA

Ingresos Mensuales	$ 2.500.000,00	Egresos Mensuales	$ 2.000.000,00
Activos (pesos)	$ 30.000.000,00	Pasivos (pesos)	$ 10.000.000,00
Patrimonio (pesos)	$ 45.000.000,00	Otros ingresos (pesos)	$

Concepto Otros Ingresos:

2. PERSONA JURIDICA

Nombre o Razón Social: NIT: DV:

Tipo de Empresa: Pública [ ] Privada [ ] Mixta [ ] Sector de la Economía: CIIU:

Tipo de contribuyente: Régimen simplificado [ ] Régimen Común [ ] Grandes Contribuyentes [ ] Otras entidades [ ]

Fecha de constitución en Cámara de Comercio: Correo electrónico empresarial:

Oficina Principal Dirección: Municipio: Teléfono:

Sucursal/agencia Dirección: Municipio: Teléfono:

Representante Legal:

CC [ ] CE [ ] TI [ ] RC [ ] Otra [ ] No: Fecha de Nacimiento:

Identificación de asociados o accionistas que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación (si requiere más espacio anexe relación)

ID	Número ID	NOMBRES Y APELLIDOS	¿por su actividad o cargo administra recursos	¿por su actividad o cargo ejerce algún grado de poder	¿por su actividad o cargo goza de reconocimiento	¿Esta obligado a declaración tributaria en otro país(es)? Cuáles
			SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	
			SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	
			SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	
			SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	
			SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	

Ingresos Mensuales	$ -	Egresos Mensuales	$ -
Activos (pesos)	$ -	Pasivos (pesos)	$ -
Patrimonio (pesos)	$ -	Otros ingresos (pesos)	$ -

Concepto Otros Ingresos:

3. PERSONAS PUBLICAMENTE EXPUESTAS - PEP

¿Por su cargo maneja recursos públicos?	SI [ ]	NO [X]
¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público?	SI [ ]	NO [X]
¿Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público general?	SI [ ]	NO [X]
¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta?	SI [ ]	NO [X]
¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países?	SI [ ]	NO [X]

4. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

1. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Codigo Penal Colombiano
2. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente.
3. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
4. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):

Origen

5. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza operaciones en moneda extranjera? SI [ ] NO [X] Importaciones [ ] Exportaciones [ ] Inversiones [ ] Transferencias [ ] Otra [ ]

Indique otras operaciones

¿Posee productos financieros en el exterior? SI [ ] NO [X] ¿Posee cuentas en moneda extranjera? SI [ ] NO [X]

Tipo de producto	Identificación del producto	Número del producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

6. DECLARACIÓN NO ENCONTRARSE EN LISTAS NACIONALES O INTERNACIONALES PARA EL CONTROL LA/FT

Con el diligenciamiento de este formato declaró que no me encuentro en ninguna lista restrictividad de las establecidas a nivel nacional o internacional, en lo referente al lavado de activos o financiación de terrorismo; así mismo declaro que mis empleados, accionistas, miembros de la junta directiva o junta de socios, representantes legales y revisor fiscal (en caso de tenerlo), tampoco se encuentren reportado en ellas y así mismo genero el compromiso de actualizar la información cuando hubieren casos y reportarla a su organización.

7. CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

Con la suscripción de este documento autorizo a la E.S.E HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO DE CUCUTA a:

1. Revelar mi información personal y de mis negocios, en caso de ser requerida por una autoridad competente en Colombia como la UIAF o la Fiscalía General de la Nación

2. Ser consultado en las bases de datos que permitan prevenir el lavado de activos y financiación del terrorismo

Declaro que los recursos utilizados para el cumplimiento de las obligaciones a mi cargo, objeto de esta declaración no provienen ni provendrán de actividades ilícitas tales como el narcotráfico, terrorismo y financiamiento del terrorismo, lavado de activos, testaferrato, trafico de estupefacientes o delitos contra el orden constitucional, o que de alguna manera contravengan las leyes de la republica, la moral o las buenas costumbres. Igualmente se genera un compromiso con la E.S.E HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO DE CUCUTA para implementar las acciones conducentes a evitar ser utilizados sin conocimiento o con consentimiento como instrumento para el ocultamiento, manejo, inversión o aprovechamiento en cualquier forma de dinero u otros bienes provenientes de actividades delictivas o para dar apariencia de legalidad a estas actividades, por lo que se genera autorización para realizar las respectivas revisiones necesarias en las diferentes bases de datos

Como parte de las Políticas SARLAFT LA E.S.E HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO DE CUCUTA, podrá terminar de manera unilateral e inmediata los contratos que tenga con su entidad cuando el cliente, sus socios o sus accionistas y/o sus administradores llegaren a ser:

1. Vinculados por parte de las autoridades competentes a cualquier tipo de investigación por delitos de narcotráfico, terrorismo y financiación del terrorismo, lavado de activos, testaferrato, tráfico de estupefacientes o delitos contra el orden constitucional.
2. Sea incluido en listas para el control de lavado de activos y financiación del terrorismo administradas por cualquier autoridad nacional o extranjera.
3. Sea condenado por parte de las autoridades competentes en cualquier tipo de proceso judicial relacionado con la comisión de delitos de igual o similar naturaleza a los indicados en esta cláusula.

Quien suscribe este documento, indemnizará y mantendrá libre de cualquier daño a la E.S.E HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO DE CUCUTA por cualquier multa o perjuicio que fueran probados y que sufra la E.S.E HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO DE CUCUTA por parte de suscriptor de las obligaciones que se apliquen en materia de prevención de riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo, así como cualquier reclamo judicial, extrajudicial y/o administrativo que autoridades competentes inicien en contra de la E.S.E HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO DE CUCUTA por o en ocasión de dicho incumplimiento. De igual manera el Cliente se compromete a dar las explicaciones a que hubiere lugar originadas por el mencionado incumplimiento a LA E.S.E HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO DE CUCUTA y a los terceros que este le indique.

8. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1. Fotocopia se documento de identidad de la persona natural o persona jurídica [ ]
2. Fotocopia del documento de identidad del representante legal [ ]
3. Certificado de existencia y representación legal con vigencia no superior a dos meses para personas jurídicas [ ]

9. FIRMA Y HUELLA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento



Huella

FIRMA PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL

10. INFORMACIÓN RESERVADA PARA LA ENTIDAD

Recopilación y verificación de información

- [ ] La cédula coincide con el nombre suministrado
- [ ] La cédula coincide con el nombre suministrado

Verificó en las siguientes listas

- [ ] Lista emitida por el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas; ONU
- [ ] Lista SDN personas y empresas sancionadas por el Gobierno de EEUU.
- [ ] Lista de los más buscados por Interpol
- [ ] Lista Antecedentes Judiciales Policía
- [ ] Lista FBI
- [ ] Otras

En caso de alguna inconsistencia o coincidencia positiva en las listas favor informar al Oficial de Cumplimiento

ENCARGADO DE RECOPILAR LA INFORMACIÓN

NOMBRE
TD Y NUMERO
CARGO
EXTENCIÓN

FECHA
HORA

ENCARGADO DE VERIFICAR LA INFORMACIÓN

NOMBRE
TD Y NUMERO
CARGO
EXTENCIÓN

FECHA
HORA

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Fabio

Apellidos: Moreno Camacho

Documento de identidad: CC ☒ TI ☐ Pasaporte ☐ PEP ☐ otro ☐ cuál: ____

No. 88.170.568

Fecha de nacimiento: Día 07 Mes 07 Año 1975

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	25-07-21	Sinovac	20210606	Medical Duarte	Nancy Benavides	60.357.057
	2	23/8/21	Sinovac	20210800	Clinica medical Duarte	Ana Rod	1004811892

I.P.S. PREVENIR S.O. LTDA

CALLE 20 # 06-33 B. BLANCO

PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL
NIT. 807.004.056-8 Lic S.O. No.0494
NPO 03-R-02-3



CERTIFICADO MEDICO EVALUACION DE SALUD OCUPACIONAL

EVALUACIÓN MÉDICA PREINGRESO

FECHA : 4 de Julio de 2026

EMPRESA : 5009 - PARTICULAR

NOMBRE : FABIO MORENO CAMACHO			C.C. 88176568 DE TIBU
DIRECCION : AVENIDA 6C # 6-35 BARRIO PRADOS DEL ESTE TELEFONO : 3125149486			
CARGO : VISITADOR			ESCOLARIDAD : TECNICO
F. NACIMIENTO : 01/07/1975	EDAD : 51 AÑOS	SEXO : M	ESTADO CIVIL : UNION LIBRE

AFP: PORVENIR ARL: OTRO EPS: COOSALUD

RESPONDE: SANDRA LILIANA PORTILLA TELEF 3142986808 ESPOSA

EXAMENES PARACLINICOS Y PRUEBAS : PRUEBAS DE COORDINACION MOTRIZ - PRUEBAS DE TUNEL CARPIANO - PRUEBAS DINAMICAS DE COLUMNA - TAMIZAJE VISUAL

CONCEPTO : SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES : REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, MANEJO DE LAS POSTURAS ERGONOMICAS,ESTILO DE VIDA SALUDABLE ,HACER EJERCICIO, USO DE LENTES CORRECTIVOS .

EVOLUCIÓN :

CERTIFICO QUE TODA LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA EN ESTE DOCUMENTO ES VERDADERA Y NO OCULTE INFORMACIÓN SOBRE MI ESTADO DE SALUD, ENFERMEDAD PROFESIONAL Y/O ACCIDENTE DE TRABAJO PRESENTADOS ANTES DE ESTE EXAMEN.

KARYN JEANNETTE PARDO LUNA
REGISTRO MEDICO 3290/2006
LICENCIA S.O. 0634

FABIO MORENO CAMACHO
C.C. 88176568

4 de Julio de 2026 - 09:16:03 CUCUTA - NORTE DE SANTANDER

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, Secretaría de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

Fabio Moreno Camacho

CC 88176568 de Tibu - Norte De Santander

Realizó y aprobó el Curso Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas de Conflicto Armado - Resolución 1166 de 2018
con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-07-06
Fecha de vencimiento: 2028-07-06

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

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

DEIBIS 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:

Fabio Moreno Camacho

CC 88176568 de Tibu - Norte De Santander

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia - Resolución 3100 / 2019 y Sentencia C - 55 -2022
con un total de 80 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-07-04
Fecha de vencimiento: 2028-07-04

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

DEIBE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
XP 3208
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:

Fabio Moreno Camacho

CC 88176568 de Tibu - Norte De Santander

Realizó y aprobó el Curso de Modelo Integrado de Plancación y Gestión - MIPG con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-07-02
Fecha de vencimiento: 2028-07-02

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

Educación

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:

Fabio Moreno Camacho

CC 88176568 de Tibu - Norte De Santander

Realizó y aprobó el Curso de Integridad, Transparencia y Lucha Contra la Corrupción con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-06-30
Fecha de vencimiento: 2028-06-30

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

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051080. Copnia

GINA ALEXANDRA FALLA
Director Administrativo

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

	ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO		
Rudesindo Soto	FORMATO ACUERDO CONFIDENCIALIDAD	CONTRATACION	
		CODIGO: MA-GJ-CO-F-01	
		Versión	01
		Página	1 de 3

Toda información administrativa o asistencial que se defina como confidencial y/o sensible deber objeto de reserva buscando garantizar la privacidad y seguridad de la misma. Lo anterior en cumplimiento de la resolución 1995 de 1999 del ministerio de salud y la ley 599 de 2000.

CONSIDERANDO QUE:

Yo **FABIO MORENO CAMACHO** (nombre completo), identificado(a) con (tipo de documento) **C.C** . No. **88176568** expedido en **TIBU(N.S)** actuando en nombre propio o representación legal de (para persona jurídica) _____ vinculado a la ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO en calidad de Contratista, quien en adelante me identificaré como EL COLABORADOR y/o PARTE RECEPTORA de la información.

Entiendo y acepto las siguientes condiciones, compromisos, derechos y deberes, relacionados con el desarrollo de sus actividades y que, en tal razón, la ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO debe suministrarle información confidencial, propia y de terceros, en forma verbal o escrita, y que desea proteger dicha información de la forma estipulada en el presente Acuerdo y en consideración de las mutuas obligaciones y estipulaciones que se incluyen aquí, las partes de común acuerdo establecen las siguientes:

CLAUSULAS

PRIMERO. DEFINICIONES CONCEPTUALES: Los términos utilizados en el texto del presente Acuerdo se deberán entender en el sentido corriente y usual que ellos tienen en el lenguaje técnico correspondiente o en el natural y obvio según el uso general de los mismos, a menos que se especifique de otra forma en el presente Acuerdo. Los términos en mayúscula tendrán el significado que se les asigna a continuación:

A) **INFORMACIÓN CONFIDENCIAL**. Se entiende como **Información Confidencial**, para los efectos del presente acuerdo:
   1. Toda aquella información no divulgada almacenada en cualquier medio físico y electrónico referente, entre otros, a Información de servidores, archivos, infraestructura tecnológica, acceso a expedientes, documentos de LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO o de terceros que en el desarrollo de las funciones se le otorgue a EL RECEPTOR.
   2. La información que no sea pública y sea conocida por EL RECEPTOR con ocasión del desarrollo de sus actividades durante el ejercicio de sus funciones en LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO.
   3. Cualquier información técnica, jurídica, financiera, comercial, de proveedores, de pacientes, de mercado, estratégica, de productos, nuevas tecnologías, patentes, modelos de utilidad, diseños industriales, modelos de negocios y/o cualquier otra relacionada, y/o cualquier otro relacionado con la estructura organizacional, bien sea que la misma sea escrita, oral o visual, o en cualquier forma tangible o no, incluidos los mensajes de datos (en la forma definida en la ley), de la cual, EL RECEPTOR tenga conocimiento o a la que tenga acceso por cualquier medio o circunstancia en virtud de las reuniones sostenidas y/o documentos suministrados o conocida en el ejercicio de sus funciones.
   4. La que corresponda o deba considerarse como tal para garantizar el derecho constitucional a la intimidad, la honra y el buen nombre de las personas y deba guardarse la debida diligencia en su discreción y manejo en el desempeño de sus funciones.
   5. Toda información consignada en la Historia Clínica de los pacientes y sus anexos.

   En síntesis, se define como INFORMACIÓN CONFIDENCIAL cualquier información escrita, oral, visual, por medios electrónicos o digitales de propiedad de LA ESE o sobre la cual detente algún tipo de derecho. Se entenderá incluida en la Información Confidencial cualquier copia de la misma, que comprende, pero no se limita a todo tipo de información, notas, datos, análisis, conceptos, hojas de trabajo, compilaciones, minutas, formatos, comparaciones, estudios, resúmenes, registros preparados para o en beneficio de la Parte Receptora (según se define posteriormente) que contengan o de alguna forma reflejen dicha información.
B) **PARTE REVELADORA:** Se constituye en Parte Reveladora la ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO o sus Representantes, y/o quien que suministre información por cualquiera de los mecanismos previstos en este Acuerdo.
C) **PARTE RECEPTORA y/o EL RECEPTOR:** Se constituye en PARTE RECEPTORA el COLABORADOR o sus dependientes, sus sustitutos o ayudantes quienes tendrán acceso a la información con ocasión de su labor o por exposición inusitada de la misma a su conocimiento, previa solicitud de autorización a la Parte Reveladora, para los fines del objeto contractual.
D) **COLABORADOR:** Quien reciba información y tenga vínculo contractual, legal o de cualquier tipo con LA ESE.

E) **LA ESE:** Referido a las Partes de este Acuerdo, significará los funcionarios, directores, administradores, empleados, agentes, contratistas, subcontratistas y asesores de LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO, de su controladora o de cualquier compañía filial, subsidiaria o que esté controlada por ella o bajo control común de esa Parte, incluyendo a título enunciativo, sus abogados, auditores, consultores y asesores financieros independientes que tengan necesidad de enterarse de la Información Confidencial para el desarrollo del objeto del presente acuerdo y están obligados frente a la EMPRESA a proteger la confidencialidad de la información revelada.

SEGUNDO. OBJETO DE LA CONFIDENCIALIDAD. La información conocida en ejercicio de sus funciones de tipo, comercial, técnica o de cualquier tipo de naturaleza confidencial, reservada o secreta, así como cualquiera de los otros canales utilizados para ello, será mantenida en estricta confidencialidad, solo pudiendo ser revelada de acuerdo a una orden directa de Gerencia o por orden de autoridad judicial o

administrativa.

Por lo tanto, EL RECEPTOR se obliga a no revelar, divulgar, copiar, exhibir, mostrar, comunicar o compartir, utilizar y/o emplear la información conocida, para fines distintos a lo netamente laboral y/o contractual y a no usar en provecho propio o de terceras personas la información que pueda tener acceso durante el desarrollo de la relación LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO, en consecuencia se exige a mantenerla de manera confidencial y privada y a protegerla para evitar su divulgación, ejerciendo el mismo grado de control que utilizaría para proteger su propia información confidencial.

EL RECEPTOR no proporcionará o compartirá INFORMACIÓN CONFIDENCIAL internamente a otros procesos o cargos que por sus funciones no les corresponda tener acceso a esta información. LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO puede disponer libremente de toda su información y material confidencial, por lo que EL RECEPTOR no tendrá ninguna autoridad para ejercer cualquier derecho o privilegios en lo que concierne a la información perteneciente exclusivamente a LA ESE, bajo custodia por o asignada conforme a este acuerdo y las leyes colombianas.

TERCERO. EXCEPCIONES. Se exceptúan de lo anterior los siguientes eventos:

A) La información sea o se haya convertido en información de dominio público con anterioridad a la fecha en la cual hubiere sido entregada. Si la información se hace de dominio público durante el plazo del presente acuerdo, por un hecho ajeno a EL RECEPTOR, este conservará su deber de reserva sobre la información que no haya sido afectada, obligándose además a no reproducir aquella ya expuesta.
B) La información haya sido recibida lícitamente de un tercero que tenga derecho de proporcionarla, siempre que la reciba libre de cualquier restricción.
C) Ser revelada con la aprobación previa y escrita de LA ESE.
D) Cuando la revelación y/o divulgación de la información se realice en desarrollo o por mandato de una ley, decreto o sentencia y orden de autoridad competente en ejercicio de sus funciones u obligaciones legales. En este caso, la parte obligada a divulgar la información confidencial se obliga a avisar inmediatamente haya tenido conocimiento de esta obligación a la otra parte de este convenio, para que pueda tomar las medidas necesarias para proteger su información confidencial, y de igual manera se compromete a tomar las medidas necesarias para atenuar los efectos de tal divulgación.

CUARTO. SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN. La información conocida de cualquier tipo que sea sensible debe ser mantenida de manera confidencial y privada, protegiendo dicha información para evitar su divulgación y/o circulación no autorizada, ejerciendo sobre éste el mismo grado de diligencia que utiliza para proteger información de este tipo que tenga bajo su custodia, tomando para ello todas las medidas necesarias de cuidado. EL RECEPTOR no hará ninguna duplicación u otra copia de la INFORMACIÓN CONFIDENCIAL. EL RECEPTOR devolverá inmediatamente se le solicite por parte de LA ESE o a la finalización de la relación entre las partes por cualquier causa, todo material confidencial que se le haya solicitado y entregado; EL RECEPTOR notificará a LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO cualquier descubrimiento y/o desarrollo que haya hecho, considerándose esto, como parte de la INFORMACIÓN CONFIDENCIAL.

QUINTA. DERECHOS DE AUTOR. Los derechos patrimoniales de autor sobre las obras creadas por EL RECEPTOR en ejercicio de sus funciones u obligaciones legales o con ocasión de ellas pertenecen a LA ESE. Todo lo anterior sin perjuicio de los derechos morales de autor que permanecerán de acuerdo a las normas que regulen la materia o que se haya pactado inicialmente.

Las creaciones intelectuales sobre los soportes lógicos (software) y afines, los descubrimientos e invenciones, las adaptaciones y nuevas versiones y las mejoras en los mismos o en sus procedimientos, manuales y/o material auxiliar, así como todos los trabajos y consiguientes resultados de las actividades del trabajador, incluyendo aquellos de que trata el Artículo 539 del Código de Comercio, quedaran de la propiedad o titularidad exclusiva de LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO en cuanto a derechos patrimoniales.

La entrega de la Información Confidencial no concede ni implica licencias AL RECEPTOR, bajo ninguna marca comercial, patente, derechos de autor, secreto comercial o cualquier otro derecho de propiedad intelectual.

DURACIÓN O PLAZO. Este compromiso de confidencialidad y no divulgación de la información estará vigente mientras tenga vigencia la información o revista algún tipo de relevancia judicial, administrativa y/o mediática. En caso de que las partes den por terminada sus relaciones, sin importar la causa de dichas relaciones, no las exime de cumplir con las obligaciones a su cargo establecidas en el presente acuerdo.

SEXTA. SANCIONES. El incumplimiento de divulgar la información conocida en la parte tanto asistencial como en la parte administrativa, o que tuvo la disposición de extraer información dará lugar al inicio de acciones disciplinarias establecidas en la ley o normas vigentes y que regulen la materia, sin perjuicio de las acciones administrativas, civiles y penales según corresponda que pueda iniciar LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO.

SÉPTIMA. PROHIBICIÓN DE CESIÓN: Este Acuerdo de Confidencialidad debe beneficiar y comprometer a las Partes y no puede ser cedido, vendido, asignado, ni transferido, bajo ninguna forma y a ningún título.

OCTAVA. LEY APLICABLE: El presente Acuerdo se regirá e interpretará de conformidad con las leyes de la República de Colombia y quedarán excluidas las reglas de conflictos de leyes que pudiesen remitir el caso a las leyes de otra jurisdicción.

En consecuencia, de lo anterior el presente compromiso se firma a los **TREINTA Y UNO (31)** días del mes de **AGOSTO** del año **2026**.

Nombre legible: **FABIO MORENO CAMACHO**

Tipo y No. De identificación: **88176568**

Tipo de vinculación: Contratista

Firma de la persona que lo suscribe

	ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO		
Rudesindo Soto	FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	CONTRATACION	
		CODIGO: MA-GJ-CO-F-02	
		Versión	01
		Página	1 de 1

De conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente a la Empresa Social del Estado Hospital Mental Rudesindo Soto, para que realice la recolección, verificación y tratamiento de mis datos personales que suministro de manera veraz y completa, los cuales serán utilizados en función de la misionalidad de la entidad y cada uno de sus procesos.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección, verificación y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos y el Manual de Tratamiento de Datos personales que se encuentran publicados en la página web institucional, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento y la posibilidad que tenía de no efectuar la autorización en aquella información considerada sensible.

Manifiesto que, como titular de la información, fui informado de los derechos con que cuento como titular de la información, especialmente a conocer, actualizar y rectificar mi información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales podré ejercer a través del correo electrónico hosmentalcucuta@hotmail.com, y presencialmente en la subgerencia administrativa de la ESE.

Se suscribe en el municipio de Cúcuta, el día __31__ de __AGOSTO__ de **2026**__.

Firma del Titular de los datos: _____

Nombre: **FABIO MORENO CAMACHO**

Cédula: **88176568**

Correo electrónico: **famoca2019@gmail.com**

Celular : **3125149486**

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:

Fabio Moreno Camacho

CC 88176568 de Tibu - Norte De Santander

Realizó y aprobó el Curso de Atención a Pacientes con Enfermedades Mentales con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-06-28
Fecha de vencimiento: 2028-06-28

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

DEIBE STEVENS BRAVO ORANDO
Jefe de Enfermeria
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista