| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRE DEL PROFESIONAL** | ANDREA CAMPEROS CUBEROS<br>MEDICO, ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA | **DOCUMENTO DE IDENTIDAD** | CC 52.264.727 |

**OBJETO: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO ESPECIALISTA PSQUIATRIA, COMO FORMADOR EN 2 REPLICAS DE FORMACION DE PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD NO ESPECIALIZADOS EN EL MARCO DE LA RESOLUCION 2619 DE 17 DE DICIEMBRE DE 2025, SUB COMPONENTE DE FORTALECIMIENTO DE LA RED INTEGRADA E INTEGRAL TERRITORIAL Y SERVICIOS DE SALUD DEL PROGRAMA PARA MEJORAR EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN COLOMBIA, A TRAVES DE LOS CENTROS DE REFERENCIA EN SALUD MENTALA DESARROLLARSE :**

- **EN LA CIUDAD DE CHINACOTA LOS DIAS 3,4,5 DE SEPTIEMBRE Y CON COBERTURA A LA ESE HOSPITAL REGIONAL SURORIENTAL,**
- **EN CUCUTA LOS DIAS 17,18,19 DE SEPTIEMBRE CON COBERTURA A LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO DEL AREA METROPOLITANA DE CUCUTA.**

**Obligaciones,**

1. Realizar el alistamiento de cada réplica teniendo en cuenta las orientaciones del ministerio de Salud y protección social (diligenciamiento de la agenda del evento, adecuación del link de asistencia pre y post test, solicitud de material de apoyo)
2. Liderar cada replica durante 5 días de formación en jornadas de ocho 8 horas cada día, durante los cuales se desarrollan los dos primeros módulos de la GI-mhGAP 2.0: i) Introducción y ii) Prácticas Esenciales de la Atención en Salud, junto con tres (3) módulos más que podrán ser seleccionados (según las prioridades identificadas por los territorios con base en su perfil epidemiológico), entre los ocho (8) módulos correspondientes a los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias psicoactivas, priorizados por la OPS/OMS, a saber los siguientes: "Depresión, Psicosis (incluye episodios psicóticos asociados a esquizofrenia, delirium y trastorno afectivo bipolar), Epilepsia, Trastornos mentales y conductuales de infantes y adolescentes (incluye trastornos del desarrollo –déficit cognitivo y trastornos del espectro autista–, conductuales –trastorno disocial y THDA– y emocionales en población infantil y adolescente), Demencias, Trastornos por uso de sustancias psicoactivas (legales –incluido alcohol– e ilegales), Autolesión/suicidio y Otras quejas o padecimientos importantes en salud mental.
3. Una vez terminado el proceso presencial de tres días consecutivos, durante cada replica se debe garantizar el desarrollo de los restantes cinco (5) módulos de la GI-mhGAP 2.0, en un periodo no superior a un (1) mes, ya sea en otras dos sesiones presenciales o en sesiones virtuales sincrónicas (para estas últimas se recomienda una duración de entre 3 y 4 horas para cada sesión, intercalando recesos y actividades grupales que favorezcan la atención y el trabajo colaborativo en cada sesión), hasta completar los 5 días de formación. Se debe garantizar la permanencia de los mismos participantes durante todo el proceso.
4. Realizar 6 horas de seguimiento virtual a los participantes de la formación de cada replica, para un **total de 12 horas.**
5. Diligenciar los informes requeridos por el Ministerio de Salud y la Protección Social, además de los solicitados desde el Centro Regional de Referencia en Salud Mental, por cada réplica
6. Entrega de los soportes físicos derivados de cada réplica. (listado de asistencia y formato de entrega de la Guía y afiche)
7. Entregar una memoria fotográfica que compile evidencia fotográfica de las acciones realizadas tanto de forma presencial como virtual durante cada replica
8. Entregar la evidencia de las horas de seguimiento de cada replica en el formato que oriente el líder del proceso.

HONORARIOS: $10.000.000
VIATICOS:$1.000.000
HORAS DE SEGUIMIENTO VIRTUAL: $3.000.000
**TOTAL: $14.000.000**
**DURACION: 1 MESES**

Cúcuta 11 de Agosto de 2026

Doctor
**JESUS EMILIO RINCON VERA**
Gerente
ESE Hospital Mental Rudesindo Soto

ASUNTO: PROPUESTA PARA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO **MÉDICO ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA** FORMADOR EN EL TALLER DE FORMACION DE PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD NO ESPECIALIZADOS A REALIZARSE EN **CHINACOTA LOS DÍAS 3,4 Y 5, EN CUCUTA 17,18 Y 19 DE DE SEPTIEMBRE**

YO **ANDREA DEL PILAR CAMPEROS**, profesional en MEDICINA, ESPECIALISTA PSQUIATRIA, y formada en MhGap por el Ministerio de Salud y Protección Social, como consta en el certificado adjunto, pongo a su consideración mi perfil para la realización de la réplica de formación a Talento Humano No especializado, en el que asumo la responsabilidad de:

- Liderar durante 5 días la formación de cada réplica en jornadas de ocho 8 horas cada día. esto se puede flexibilizar garantizando la presencialidad de los mismos participantes por un mínimo de tres días consecutivos, durante los cuales se desarrollan los dos primeros módulos de la GI-mhGAP 2.0: i) Introducción y ii) Prácticas Esenciales de la Atención en Salud, junto con tres (3) módulos más que podrán ser seleccionados (según las prioridades identificadas por los territorios con base en su perfil epidemiológico), entre los ocho (8) módulos correspondientes a los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias psicoactivas, priorizados por la OPS/OMS, a saber los siguientes: "Depresión, Psicosis (incluye episodios psicóticos asociados a esquizofrenia, delirium y trastorno afectivo bipolar), Epilepsia, Trastornos mentales y conductuales de infantes y adolescentes (incluye trastornos del desarrollo –déficit cognitivo y trastornos del espectro autista–, conductuales –trastorno disocial y THDA– y emocionales en población infantil y adolescente), Demencias, Trastornos por uso de sustancias psicoactivas (legales –incluido alcohol– e ilegales), Autolesión/suicidio y Otras quejas o padecimientos importantes en salud mental.
- Realizar el desarrollo de los restantes cinco (5) módulos de la GI-mhGAP 2.0, en un periodo no superior a un (1) mes, en sesiones virtuales sincrónicas (duración de entre 3 y 4 horas para cada sesión, intercalando recesos y actividades grupales que favorezcan la atención y el trabajo colaborativo en cada sesión), para cada replica.
- Realizar seguimiento a la implementación de la réplica durante 6 horas, atendiendo las dudas de los participantes, de cada replica
- Diligenciamiento de los informes que se requieren (Asistencia, pre test, post test) y que son propios de los gestores de Proveedores, entregando una fiel copia de la que se allegue a ministerio al Hospital Mental Rudesindo Soto, por cada replica
- Diligenciar los informes propios del componente 2 Fortalecimiento de Talento Humano y cuidadores de Vida, del Hospital De Referencia, de cada replica
- Entrega de los soportes físicos derivados de la réplica. (listado de asistencia y formato de entrega de la Guía y afiche), de cada replica
- Entregar una memoria fotográfica que compile evidencia fotográfica de las acciones realizadas tanto de forma presencial como virtual, de cada replica
- Entregar la evidencia de las horas de seguimiento en el formato que oriente el líder del proceso, de cada replica

Cordialmente

**ANDREA DEL PILAR CAMPEROS CUBEROS**
CC 52264727 DE CUCUTA

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 |
|---|---|---|
| CAMPEROS | CUBEROS | ANDREA DEL PILAR |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | GÉNERO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 52264222 | F (X) M ( ) NB ( ) | COL. (X) EXTRANJERO ( ) | COLOMBIA |

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

| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO | | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA | DIA 09 MES 09 AÑO 1976 | CALLE 8N 9E 88 EDF SAN FELIPE APARTAMENTO 1003 COLSAG | | | |
| PAÍS | COLOMBIA | PAÍS | COLOMBIA | DEPTO | NORTE DE SANTANDER |
| DEPTO | NORTE DE SANTANDER | MUNICIPIO | SAN JOSÉ DE CÚCUTA | | |
| MUNICIPIO | EL ZULIA | TELÉFONO | 5920507 | EMAIL | andreacamperos0909@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 | BÁSICA SECUNDARIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° | MES | 11 | AÑO | 1993 |

**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).

| MODALIDAD ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO | | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN | | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | | MES | AÑO | |
| POSTGRADO | 6 | X | | ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA | 12 | 2007 | 2486 |
| PREGRADO | 12 | X | | MEDICINA | 12 | 2000 | 250921 |

## 3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

*EDUCACION 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

ESPECIFIQUE 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 |
| INGLES | | X | | | X | | | X | |

## 5 EXPERIENCIA LABORAL

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

**EMPLEO O CONTRATO VIGENTE**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO | X | | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| NORTE DE SANTANDER | CUCUTA | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3165377956 | Día 06 Mes 01 Año 2023 | Día Mes Año |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| MÉDICO ESPCIALISTA PSIQUIATRIA | AREA CLINICO ASISTENCIAL | CALLE 1 : 1 |

**EMPLEO O CONTRATO VIGENTE**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO | X | | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| NORTE DE SANTANDER | SAN JOSÉ DE CÚCUTA | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 5824937 | Día 16 Mes 03 Año 2009 | Día Mes Año |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| CONTRATISTA | AREA DE HOSPITALIZACION | CALLE 22A 19Y 20 |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

| EXPERIENCIAS DEL DOCENTE | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| INSTITUCIÓN EDUCATIVA<br>UNIVERSIDAD DE SANTANDER - UDES | | PÚBLICA | PRIVADA<br>X | PAÍS<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO<br>NORTE DE SANTANDER | MUNICIPIO<br>SAN JOSÉ DE CÚCUTA | | | CORREO ELECTRÓNICO | | | | | | | |
| TELÉFONOS<br>5791008 | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | |
| | Día: | 09 | Mes: | 01 | Año: | 2017 | Día: | 30 | Mes: | 06 | Año: 2017 |
| ÁREA DE CONOCIMIENTO<br>CIENCIAS DE LA SALUD | NIVEL EDUCATIVO<br>PREGRADO | | | | | | DIRECCIÓN<br>CALLE 31A NORTE 319A 0 | | | | |

## 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 | 3 | 6 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 0 | 0 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 17 | 4 |
| EXPERIENCIA DOCENTE | 0 | 5 |

## 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* Andrea C.

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

**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*

*LA REPUBLICA DE COLOMBIA*

*y en su nombre*

# EL COLEGIO
# EL CARMEN TERESIANO

AUTORIZADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL SEGUN
RESOLUCION No. 1017 DEL 24 DE FEBRERO DE 1986

*CONFIERE A*

## Andrea Del Pilar Camperos Cuberos

*Identificado con* T.I. No. 760909-05593 *de* CUCUTA

*el título de*

## BACHILLER ACADEMICO

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

Colegio El Carmen Teresiano
DIRECCION
Cúcuta

Rector

EL CARMEN TERESIANO
Secretario

*Dado en* Cúcuta *a* 16 *de* diciembre *de* 1993

*Anotado al folio* 5 *Libro de Registro No.* 13

SECRETARIO DE EDUCACION

DEPTO. NORTE DE SANTANDER

**Nº 755029**

*En* Cúcuta *a* 20 *de* diciembre *de* 1993

Impulsado por CamScanner

Universidad del Rosario

Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario
Facultad de Medicina

En Bogotá, D.C., siendo las DOCE (12) horas del día QUINCE (15) DÍAS de DICIEMBRE de DOS MIL (2000), se llevó a cabo en el Aula Máxima del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario la ceremonia final de Grado de los alumnos de la QUINCUAGÉSIMA NOVENA (59) promoción de la Facultad de Medicina.

El Acto fue presidido por la Señora Rectora (E) doctora MARÍA DEL ROSARIO GUERRA DE MESA y tomaron asiento en la Mesa Directiva el Decano (E) de la Facultad, doctor LEONARDO PALACIOS SÁNCHEZ, la Secretaria Académica de la Facultad, doctora MÓNICA LIZARRALDE LARA y demás autoridades académicas del Colegio.

Fue leída la promesa del Médico por EL COLEGIAL JULIÁN FRANCISCO FORERO MELO procediendo luego la Señora Rectora (E) a tomar a los graduandos el juramento estatutario y a hacer entrega, entre otros, a ANDREA DEL PILAR CAMPEROS CUBEROS, quién se identifica con la C. de C. # 52.264.727 de Santafé de Bogotá, L.M. # , de las Leyes académicas # 2486 que le acreditan como MÉDICO Y CIRUJANO de este Colegio Mayor, de acuerdo con nuestras venerandas Constituciones, las Leyes 89 de 1892, 39 de 1903, 30 de 1992, el artículo 69 de la Constitución Política y registradas con el # 7413, Libro 9, Folio 16.

La Señora Rectora (E) dirigió palabras de felicitación a los graduandos.

Siendo las TRECE (13) horas se levantó la sesión.

Con las firmas de:

Rectora (E) MARÍA DEL ROSARIO GUERRA DE MESA

Decano (E) LEONARDO PALACIOS SÁNCHEZ

Secretario Académico MÓNICA LIZARRALDE LARA

Es fiel copia tomada del original, en lo pertinente, Libro de Actas # SEIS (6), Folio UNO (1)

Dada en Bogotá, D.C., a los QUINCE (15) días del mes de DICIEMBRE de DOS MIL (2000).

El Secretario MÓNICA LIZARRALDE LARA

República Bolivariana de Venezuela

Léster Rodríguez Herrera

Rector de la

# Universidad de Los Andes

De acuerdo con la autoridad que le otorga la Ley y por cuanto

## Andrea del P. Camperos Cuberos

ha cumplido y aprobado satisfactoriamente los estudios y demás requerimientos establecidos en el programa académico respectivo, le confiere el grado de

## Especialista

en

# Psiquiatría

Dado en la ciudad de Mérida, a los ~~ Siete ~~ días del mes de Diciembre de Dos mil siete.

Años 197° de la Independencia y 148° de la Federación

El Decano

El Rector

La Secretaria

Inscrito

Folio 51

Tomo VI




Impulsado por CamScanner

TIMBRE FISCAL

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
MÉRIDA VENEZUELA
SECRETARÍA

No. 355

# CERTIFICACIÓN ACTA DE GRADO

La Secretaría de la Universidad de Los Andes, Certifica: que en el libro de conferimiento de t expedidos por esta Institución, al folio 81 tomo VI, se encuentra inserta el acta cuyo texto es del siguiente: "En la ciudad de Mérida, a los SIETE días del mes de DICIEMBRE del año DOS MIL O Año 197 la Independencia y 148 de la Federación, reunidos en el Aula Magna de la Universidad d Andes, el Rector, el Vice-Rector y el Secretario, Profesores y Doctores de las facultades concurr con el fin de proceder en acto público y solemne para el conferimiento del título de ESPECIALIST PSIQUIATRIA al Ciudadano(a): CAMPEROS CUBEROS ANDREA DEL PILAR, natural de CUCU COLOMBIA , y de TREINTA Y UN (31) años de edad, conforme al correspondiente Decreto Re recaído en el expediente respectivo, y presente la aspirante, se dió comienzo al acto previ juramento legal tomado al recipiendario, el ciudadano Rector, con ceremonial de estilo, procedien nombre de la República y por autoridad de la ley, le confirió el título de ESPECIALISTA PSIQUIATRIA; impuso la medalla de grado y le hizo entrega el Diploma correspondiente. constancia se levanta la presente Acta que firman. El Rector PROF. LESTER RODRIGUEZ HERR La Secretaria PROF. NANCY RIVAS DE PRADO..- El Graduando CAMPEROS CUBEROS AND DEL PILAR, cédula de Identidad Nro. V-052.264.727.

Certificación expedida, en Mérida, a los días VEINTIOCHO del mes de ENERO del DOS MIL O Año 197 de la Independencia y 148 de la Federación.-

NANCY RIVAS DE PRADO
SECRETARIA DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. UNIVERSIDAD DE LOS ANDES. RECTORADO Rector de la Universidad de los Andes, hace constar que la firma que antecede es la auténtica del y letra de NANCY RIVAS DE PRADO, actual Secretaria de la Universidad de los Andes.

Certificación expedida en Mérida a los VEINTIOCHO días del mes de ENERO de DOS MIL OC año 197 de la Independencia y 148 de la Federación.

LESTER RODRIGUEZ HERRERA
RECTOR DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

Prof. FRANCIS D. BARBOZA P.
Coordinadora de la Oficina
Central de Grados y Registro
de Egresados.

Elaborada por
María Escalante.

Entregado por

impulsado por CamScanner

DEPARTAMENTO DE
CUNDINAMARCA
Secretaría de Salud

RESOLUCION No. 26 DE 2002

"Por la cual se concede una autorización provisional para ejercer la profesión"

EL SECRETARIO DE SALUD

En uso de la facultad concedida por los Decretos 1876 de agosto 3 de 1994 y 3134 de 1956 del Ministerio de Salud, y

CONSIDERANDO:

Que ANDREA DEL PILAR CAMPEROS CUBEROS, con cédula de ciudadanía No. 52.264.727 de Santafé de Bogotá, D.C., ha solicitado autorización del ejercicio Profesional como MEDICO CIRUJANO, según TITULO que le otorgó LA UNIVERSIDAD DEL ROSARIO, el día 15 de diciembre del 2000.

Que dicho título se encuentra debidamente registrado con el No. 7413, libro 5, folio 16, por la Secretaría de la Universidad, Santafé de Bogotá, D.C. 15 de diciembre del 2000.

Que cumplió con el Servicio Social Obligatorio en LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO-HOSPITAL "SALAZAR" DE VILLETA, DEL 15 DE MARZO DE 2001 AL 14 DE MARZO DE 2002.

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- Autorizar a ANDREA DEL PILAR CAMPEROS CUBEROS, identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 52.264.727 de Santafé de Bogotá, D.C. para ejercer la profesión de MEDICO CIRUJANO, en el territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO.- Contra la presente Resolución procede el recurso de reposición de conformidad con lo establecido en el Código Contencioso Administrativo.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los

ALVARO FLOREZ BERNAL
Secretario de Salud

PEDRO GILBERTO RAMIREZ MESA
Profesional Especializado Grupo de Talento Humano

Luz Mary G/Mary Duran/ Of. Jurídica



Impulsado por CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 2985

( 19 MAYO 2008 )

Por medio de la cual se resuelve una solicitud de convalidación

LA DIRECTORA DE CALIDAD PARA LA EDUCACIÓN SUPERIOR

en ejercicio de sus atribuciones legales y en especial las que le confiere el Decreto 4675 de 2006 y las Resoluciones No. 2769 del 13 noviembre de 2003 y No. 1573 del 30 de marzo de 2007.

CONSIDERANDO:

Que ANDREA DEL PILAR CAMPEROS CUBEROS, ciudadana colombiana, identificada con cédula de ciudadanía No.52.264.727, presentó para su convalidación el título de ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA, otorgado el 7 de diciembre de 2007 por la UNIVERSIDAD DE LOS ANDES, VENEZUELA, mediante solicitud radicada en el Ministerio de Educación Nacional con el No.2008ER18023-28253/08.

Que además presenta fotocopia del título de MÉDICO CIRUJANO, expedido el 15 de diciembre de 2000, por la Universidad del Rosario de Bogotá - Colombia.

Que de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 4675 de 2006, corresponde al Ministerio de Educación Nacional convalidar los títulos de educación superior otorgados por instituciones de educación superior extranjeras de acuerdo con las normas vigentes.

Que en virtud del artículo 3° de la Resolución 5547 del 1° de diciembre de 2005, uno de los criterios aplicables para efectos de la convalidación de títulos de educación superior otorgados por instituciones extranjeras, es el de *Evaluación Académica*, el cual establece que *"Si el título que se somete a convalidación no se enmarca en ninguno de los criterios señalados anteriormente o si no existe certeza sobre el nivel académico de los estudios que se están convalidando, o su denominación, se someterá la documentación a proceso de evaluación académica."*

Que los estudios fueron evaluados por la Sala de Ciencias de la Salud de la Comisión Nacional Intersectorial de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior – CONACES, la cual emitió concepto favorable, señalando que el título obtenido es equivalente al de ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA.

Que con fundamento en las anteriores consideraciones y después de haber estudiado la documentación presentada, se concluye que es procedente la convalidación solicitada.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

**ARTÍCULO PRIMERO.-** Convalidar y reconocer para todos los efectos académicos y legales en Colombia, el título de ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA, otorgado el 7 de diciembre de 2007 por la UNIVERSIDAD DE LOS ANDES, VENEZUELA, a ANDREA DEL PILAR CAMPEROS CUBEROS, ciudadana colombiana identificada con cédula de ciudadanía No.52.264.727, como equivalente al título de ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA, que otorgan las instituciones de educación superior colombianas de acuerdo con la Ley 30 de 1992.

**PARÁGRAFO.-** La convalidación que se hace por el presente acto administrativo no exime al profesional beneficiario del cumplimiento de los requisitos exigidos por las normas que regulan el ejercicio de la respectiva profesión.

**ARTÍCULO SEGUNDO.-** La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición y contra la misma procede el recurso de reposición, que debe ser presentado dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación de conformidad con el Código Contencioso Administrativo.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá D. C., a los 19 MAYO 2008

LA DIRECTORA DE CALIDAD PARA LA EDUCACIÓN SUPERIOR,

MARITZA RONDÓN RANGEL

CERTIFICO
Que la presente fotocopia fue cotejada con el original y es auténtica.
Fecha: 1 JUN 2008
Firma:

impulsado por CamScanner

***LA SUBGERENTE ADMINISTRATIVA***
***DE LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO DE CÚCUTA***

***CERTIFICA***

*Qué, la funcionaria* ***ANDREA DEL PILAR CAMPEROS CUBEROS*** *identificada con cedula de ciudadanía* ***No 52.264.727*** *de Bogotá, actualmente viene desempeñando en la E.S.E el cargo de* ***MEDICO ESPECIALISTA,*** *con Código 213 y Grado 24 desde el 30 de mayo de 2024, con tipo de nombramiento Provisional Vacante Definitiva, con una asignación básica mensual de* ***DOCE MILLONES SETENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS DOS PESOS ($12.074.702).***

*Para constancia se firma en San José de Cúcuta, a los veinticuatro (24) días del mes de marzo de 2026.*

MARGARITA RAMIREZ YAÑEZ
HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO
SUBGERENTE ADMINISTRATIVA

***MARGARITA RAMIREZ YAÑEZ***
***Subgerente Administrativa***

Proyectó: Leidy Guerrero – Contratista.



Powered by CamScanner

COLOMBIA
PERSONAL
CIUDADANIA

52.264.727

CAMPEROS CUBEROS

ANDREA DEL PILAR





FECHA DE NACIMIENTO 09-SEP-1976

CUCUTA
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

31-OCT-1994 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-4000100-00161302-F-0052264727-20090704 0013073215A 1 8130004352

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto: 0 2 Actualización

4. Número de formulario: 14960494235

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 5 2 2 6 4 7 2 7

6. DV: 8

12. Dirección seccional (Impuestos de Cúcuta)

14. Buzón electrónico

## IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida — 2

25. Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía — 1 3

26. Número de identificación: 5 2 2 6 4 7 2 7

27. Lugar de expedición: COLOMBIA

28. País: 1 6 9

29. Departamento: Bogotá D.C. — 1 7

30. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. — 0 0 1

31. Primer apellido: CAMPEROS

32. Segundo apellido: CUBEROS

33. Primer nombre: ANDREA

34. Otros nombres: DEL PILAR

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

## UBICACIÓN

38. País: COLOMBIA — 1 6 9

39. Departamento: Norte de Santander — 5 4

40. Ciudad/Municipio: Cúcuta — 0 0 1

41. Dirección principal: URB RINCON DE LOS PRADOS CA 1 34

42. Correo electrónico: andreacamperos0909@gmail.com

43. Código postal:

44. Teléfono 1: 5 8 8 7 6 4 1

45. Teléfono 2: 3 1 6 5 3 7 7 9 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 |
| 8 5 2 1 | 2 0 0 8 0 1 2 4 | | | | | 2 2 2 1 | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5

05- Impto. renta y comol. régimen ordinar

### 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. Núm. de Folios: 0

61. Fecha: 2023-11-01 01:49:58PM

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 de 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: CAMPEROS CUBEROS ANDREA DEL PILAR

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 07-05-2026 11:22:58AM

Función Pública

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

| Tipo de declaración | INGRESO | Fecha de publicación | 2026-08-11 09:58 |
|---|---|---|---|

Nombres y apellidos completos

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| ANDREA | DEL PILAR | CAMPEROS | CUBEROS |

Documento de identificación

| Tipo | Número |
|---|---|
| CEDULA DE CIUDADANIA | 52264727 |

Lugar de nacimiento

| País | Departamento | Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA | NORTE DE SANTANDER | CUCUTA |

Lugar de domicilio

| País | Departamento | Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA | NORTE DE SANTANDER | 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 | Departamento | Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA | NORTE DE SANTANDER | 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.

## 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

### 1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2025 fueron:

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| Salarios y demás ingresos laborales | |
| Cesantías e intereses de cesantías | |
| Gastos de representación | |
| Arriendos | |
| Honorarios | $11.000.000,00 |
| Otros ingresos y rentas | |
| TOTAL | $11.000.000,00 |

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

| Tipo de cuenta | Sede de la cuenta (País) | Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior |
|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | COLOMBIA | $1.000.000,00 |

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| Tipo de bien | País | Departamento | Municipio | Valor |
|---|---|---|---|---|
| CASA | COLOMBIA | NORTE DE SANTANDER | CUCUTA | $200.000.000,00 |

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| Concepto | Saldo |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

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

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

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

| Nombre entidad o institución | Órgano | Calidad de miembro | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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

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

| Nombre corporación, sociedad o asociación | Tipo | Calidad de socio | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

### 1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

| Detalle de las actividades | Forma participación |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

## 2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

### 2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [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 |
|---|---|---|---|
| PAULO | CESAR | BECERRA | ORTIZ |

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 88205878

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:

| |
|---|
| |

# DIAN

## Declaración de renta y complementario personas naturales y asimiladas residentes y sucesiones ilíquidas de causantes residentes

PRIVADA

**210**

1. Año: 2024

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 2118702125199

(415)7707212448696(8020) 000211870212519 9

Datos del Informante

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 522647278 — 6. DV: 8

7. Primer apellido: CAMPEROS

8. Segundo apellido: CUBEROS

9. Primer nombre: ANDREA

10. Otros nombres: DEL PILAR

12. Cód. Dirección seccional: 7

11. Actividad económica principal: 8621

13. Fecha de nacimiento (aaaa-mm-dd):

25. Tipo de cédula (Clave de cuatro dígitos):

| Patrimonio | Total patrimonio bruto | 29 | 1,026,608,000 | Deudas | 30 | 124,893,000 | Total patrimonio líquido | 31 | 901,715,000 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**Cédula general**

| Conceptos/Rentas | | Rentas de trabajo | | Rentas de trabajo que no provengan de una relación laboral o legal y reglamentaria | | Rentas no laborales | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ingresos brutos | 32 | 129,413,000 | 43 | 117,827,000 | 56 | 0 | 74 | | 0 |
| Devoluciones, rebajas y descuentos | | | | | | | 75 | | 0 |
| Ingresos no constitutivos de renta | 33 | 7,118,000 | 44 | 7,483,000 | 59 | 0 | 76 | | 0 |
| Costos y deducciones procedentes | | | 45 | 70,540,000 | 60 | 0 | 77 | | 0 |
| Renta líquida | 34 | 122,295,000 | 46 | 39,804,000 | 61 | 0 | 78 | | 0 |
| Rentas netas de sesiones - ECE | | | | | 62 | 0 | 79 | | 0 |
| Rentas exentas: Aportes voluntarios AFC, FVP y AVC | 35 | 0 | 47 | 0 | 63 | 0 | 80 | | 0 |
| Rentas exentas: Otras rentas exentas | 36 | 31,859,000 | 48 | 0 | 64 | 0 | 81 | | 0 |
| Rentas exentas: Total rentas exentas | 37 | 31,859,000 | 49 | 0 | 65 | 0 | 82 | | 0 |
| Deducciones imputables: Intereses de vivienda | 38 | 0 | 50 | 0 | 66 | 0 | 83 | | 0 |
| Deducciones imputables: Otras deducciones imputables | 39 | 16,060,000 | 51 | 8,613,000 | 67 | 0 | 84 | | 0 |
| Deducciones imputables: Total deducciones imputables | 40 | 16,060,000 | 52 | 8,613,000 | 68 | 0 | 85 | | 0 |
| Rentas exentas y/o deduc. imputables (Limitadas) | 41 | 47,919,000 | 53 | 8,613,000 | 69 | 0 | 86 | | 0 |
| Renta líquida ordinaria del ejercicio | | | 54 | 31,191,000 | 70 | 0 | 87 | | 0 |
| Pérdida líquida del ejercicio | | | 55 | 0 | 71 | 0 | 88 | | 0 |
| Compensaciones por pérdidas | | | 56 | 0 | 72 | 0 | 89 | | 0 |
| Renta líquida ordinaria | 42 | 74,376,000 | 57 | 31,191,000 | 73 | 0 | 90 | | 0 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ren. líquida céd. gen. | 91 | 162,099,000 | Ren. ex. y ded. imp. li. | 92 | 60,481,000 | R. liq. ord. cédula gen. | 93 | 101,618,000 | Comp. pérdidas año 2019 y ant. | 94 | 0 |
| Comp. exc ren. ord. | 95 | 0 | Rentas gravables | 96 | 0 | R. liq. grav. cédula gen. | 97 | 101,618,000 | Renta presuntiva | 98 | 0 |

**Cédula de pensiones**

| | | |
|---|---|---|
| Ingresos brutos por rentas de pensiones del país y del exterior | 99 | 0 |
| Ingresos no constitutivos de renta | 100 | 0 |
| Renta líquida | 101 | 0 |
| Rentas exentas de pensiones | 102 | 0 |
| Renta líquida gravable cédula de pensiones | 103 | 0 |

**Cédula de dividendos y/o participaciones**

| | | |
|---|---|---|
| Dividendos y participaciones 2016 y anteriores y/o ten | 104 | 0 |
| Ingresos no constitutivos de renta | 105 | 0 |
| Renta líquida ordinaria año 2016 y anteriores | 106 | 0 |
| 1a. Subcédula años 2017 y siguientes numeral 3 art. 49 de E.T. | 107 | 0 |
| 2a. Subcédula años 2017 y siguientes parágrafo 2 art. 49 de E.T. | 108 | 0 |
| Dividendos y participaciones recibidas del exterior | 109 | 0 |
| Rentas exentas de la cédula 106 | 110 | 0 |
| Renta líquida gravable (Cédula general o rentas pensiones, de pensiones y de dividendos y participaciones, art. 241 E.T.) | 111 | 101,618,000 |

**Ganancias ocasionales**

| | | |
|---|---|---|
| Ingresos por ganancias ocasionales del país y del exterior | 112 | 0 |
| Costos por ganancias ocasionales | 113 | 0 |
| Ganancias ocasionales no gravadas y exentas | 114 | 0 |
| Ganancias ocasionales gravables | 115 | 0 |

**Liquidación privada**

| | | |
|---|---|---|
| Cédula general, de pensiones y de dividendos y participaciones | 116 | 11,509,000 |
| Renta presuntiva, de pensiones y de dividendos y participaciones | 117 | 0 |
| Por dividendos y participaciones año 2017 y siguientes, 2a subcédula (Art. 240 E.T.) | 118 | 0 |
| Por dividendos y participaciones año 2016 | 119 | 0 |
| Por dividendos y participaciones recibidas del exterior | 120 | 0 |
| Total impuesto sobre las rentas líquidas gravables | 121 | 11,509,000 |
| Retenciones: Imp. pagados en el exterior | 122 | 0 |
| Retenciones: Dividendos, pensiones y otros | 124 | 0 |
| Anticipos | 123 | 0 |
| Total descuentos tributarios | 125 | 0 |
| Impuesto neto de renta | 126 | 11,509,000 |
| Impuesto de ganancias ocasionales | 127 | 0 |
| Descuento por impuestos pagados en el exterior por ganancias ocasionales | 128 | 0 |
| Total impuesto a cargo | 129 | 11,509,000 |
| Anticipo renta liquidado año gravable anterior | 130 | 0 |
| Saldo a favor del año gravable anterior sin solicitud de devolución y/o compensación | 131 | 854,000 |
| Retenciones año gravable a declarar | 132 | 8,167,000 |
| Anticipo renta para el año gravable siguiente | 132 | 0 |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Saldo a pagar por impuesto | 134 | 2,488,000 | Sanciones | 135 | 0 | Total saldo a pagar | 136 | 2,488,000 | Total saldo a favor | 137 | 0 |
| Número de dependientes económicos | 138 | 1 | Aplicación dependientes (máx. 32 UVT) | 139 | 3,389,000 | Con ingresos brutos inferiores a 4.500 UVT (Art. 206 num. 1 E.T.) | 140 | 0 | Aporte voluntario | 141 | 0 |

931. Cód. Representación: Firma del declarante o de quien lo representa

932. Cód. Contador: Firma contador: 934. Con salvedades:

933. No. Tarjeta profesional:

990. Espacio exclusivo para la entidad recaudadora

2025-08-30 / 04:07:38 PM

2025-08-30 16:07:38 - Firmado

960. Pago total: $ 0

946. Espacio para el número interno de la DIAN/ Adhesivo

919003431787 33

20250403781875

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 viernes 31 de julio de 2026, a las 13:15:07, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 52264727 |
| Código de Verificación | 5226472726073113150 7 |

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

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 300439573

PIB
13:12:41


Bogotá DC, 31 de julio del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) ANDREA DEL PILAR CAMPEROS CUBEROS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52264727:

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 Política 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.**

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA



## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 01:14:06 PM horas del 31/07/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **52264727**

Apellidos y Nombres: **CAMPEROS CUBEROS ANDREA DEL PILAR**

**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.eraic-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

## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 31/07/2026 01:23:23 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **52264727** y Nombre: **ANDREA DEL PILAR CAMPEROS CUBEROS.**

## 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. **14495638** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

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

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 13:21:19 horas del 31/07/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **52264727**, Apellidos y Nombres **CAMPEROS CUBEROS ANDREA DEL PILAR**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **E.S.E 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 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

Cruz Roja Colombiana
Seccional Norte de Santander

Certificado de Vacunación FIEBRE AMARILLA

NOMBRE: Andrea del Colombia

FECHA: 02-11-12.

Lote: H 5812-2.

VALIDEZ 10 Años

FIRMA Y SELLO VACUNADOR

CRUZ ROJA COLOMBIANA
VACUNACION

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión Rubéola | Única | Ycd | | |
| Toxoide Tetánico Diftérico Td | 1 | Sep/08 | | |
| | 2 | 20/10/08 | [illegible] | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| Contra Hepatitis B | 1 | 24/9/08 | 2061103 | [illegible] |
| | 2 | 22/10/08 | 2061103 | 10 Undes |
| | 3 | | | |

| Biológico | Fecha | Fabricante y Lote | Validez | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Contra Fiebre Amarilla | 10/2/03 | [illegible] | 10 años | [illegible] |
| | | | | |
| | | | | |
| Contra Influenza | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Otras | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

# Certificado Digital de Vacunación contra SARS-CoV-2 (Covid-19)

# Colombia

COVID-19 VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

Nombres y apellidos / Full name

ANDREA DEL PILAR CAMPEROS CUBEROS

Tipo de identificación / ID Type

CC

Número de identificación / ID number

52284707

Fecha nacimiento / Date of birth

09/09/1978

País de nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (celular) / Phone number

3155377965

Correo electrónico / e-mail

Dosis aplicadas / Administered doses

| | | |
|---|---|---|
| Dosis / Dose number | | |
| Primera | Segunda | - |
| Lote / Vaccine lot | | |
| ER1742 | ER3449 | - |
| Vacuna / Vaccine | | |
| PFIZER MANUFACTURING BELGIUM | PFIZER MANUFACTURING BELGIUM | - |
| Centro de vacunación / Vaccination center | | |
| CUCUTA CLINICA MEDICAL DUARTE | CUCUTA CLINICA MEDICAL DUARTE | - |
| Fecha de aplicación / Date of Vaccination | | |
| 30/03/2021 | 30/04/2021 | - |
| País de aplicación / Country of Vaccination | | |
| CO-Colombia | CO-Colombia | - |
| Jurisdicción / Digital Stamp | | |
| En cola / In queue | En cola / In queue | - |

Fecha de generación del documento / Document issue date

| | |
|---|---|
| 18/09/2022 | 18/09/2022 |

Canales de ayuda / Help line: 192 - soporteinmunizacion@minsalud.gov.co

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí consignados 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 de la vacuna contra el SARS-CoV-2 (Covid-19) aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR bajo este texto en la página

Para más información visite

This Ministry of Health and Social Protection certifies that the data in this document was collected from PAIWEB, information system of the Expanded Program of Immunization - PAI (by its acronym in Spanish, Programa Ampliado de Inmunización).

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the person in this Document has received the doses of the SARS-CoV-2 (Covid-19) vaccine described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that is found under this text

For more information visit

Dr. Geovanny Mandon Navarro
MEDICINA LABORAL
Tel. 5893535 Cel. 315 852 4702- 318 524 1242
Calle15 #3ae- 06 Cons. 9 IPS Somefyr Caobos- Cúcuta
gmandon01@hotmail.com



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 4.899

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN | | | | TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 25 DÍA | 08 MES | 2026 AÑO | CÚCUTA (NORTE DE SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO |

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

| PARTICULARES CONTADO | INDEPENDIENTE |
|---|---|
| Nombre de la empresa | Empresa en misión |

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

| CAMPEROS CUBEROS ANDREA DEL PILAR | Género | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| Apellidos y Nombres | FEMENINO Teléfonos | 49 AÑOS 11 MESES | CC Tipo | 52264727 Número |

Cargo
PSIQUIATRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
**APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)**
Observaciones: *NO APLICA*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) N/A

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

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

| | |
|---|---|
| EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓ | ---------- |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| | CAPACITACIÓN : RIESGO ERGONÓMICO Y MANEJO DE POSTURAS | HABITOS SALUDABLES |

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

| Médico | Aspirante o Trabajador |
|---|---|
| Firma: | Firma: |
| Nombre: MANDON NAVARRO GEOVANNY | Nombre: CAMPEROS CUBEROS ANDREA DEL PILAR |
| R. M.: 1073 L.S.O.: 751/2017 | CC: 52264727 |

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

# CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

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

**CERTIFICA**

Que Andrea Del Pilar Camperos Cuberos, identificado(a) con CC número 52264727, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 52264727 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Andrea Del Pilar Camperos Cuberos |
| TIPO DE AFILIADO | Titular |
| PARENTESCO | Titular |
| FECHA DE NACIMIENTO | 09/09/1978 |
| ESTADO DE LA AFILIACIÓN | 0 Tiene Derecho A Cobertura Integral |
| CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN | 10 - Cobertura Integral |
| FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS | 15/08/2008 |
| FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS | Activo(a) |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS | 629 semanas |
| SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO | 51 semanas |
| RÉGIMEN | Contributivo |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN | 15/08/2008 |
| NIVEL SISBEN | No aplica |
| EMPLEADOR(ES)* | |

CEDULA DE CIUDADANIA 52264727 ANDREA DEL PILAR CAMPEROS CUBEROS Desde 01/11/2025 - Vigente N.I.T. 890500810 HOSPITAL MENTAL DE CUCUTA Desde 30/06/2024 . - Vigente N.I.T. 900482444 SINDICATO DE PROFESIONALES Y OFICIOS DE LA SALUD DE NORTE DE SANTANDER ACTISALUD Desde 01/11/2025 Hasta 01/11/2025CEDULA DE CIUDADANIA 52264727 ANDREA DEL PILAR CAMPEROS CUBEROS Desde 01/07/2024 Hasta 31/10/2025

Generado por interfaces

31/07/2026

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

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ANDREA DEL PILAR CAMPEROS CUBEROS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **52264727,** se encuentra afiliado/a desde **01/12/2014** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES.**

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 31 de julio de 2026.

**Rosa Mercedes Nino Amaya**
**Dirección de Afiliaciones**

**Nota:** Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

POSITIVA

Hacienda

OER_API_20260729959028

# LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

## CERTIFICA QUE:

ANDREA DEL PILAR CAMPEROS CUBEROS identificado con CC. 52264727 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

**INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR**

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

**INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Inicio de Cobertura** | 2024/06/01 | **Tipo de Vinculación** | Dependiente |
| **Estado de Afiliación** | Activa | **Fecha Retiro** | No registra |
| **Clase de Riesgo** | 3 | **Código Actividad Económica** | 3861001 |

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

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: **CC31072026N52264727A20594422.** Este código es válido por un mes.

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 07 2026 Ciudad: CÚCUTA Tipo de solicitud: Nuevo [ ] Renovación [ ] Actualización [X]

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

## 1. PERSONA NATURAL

Apellidos: CAMPEROS CUBEROS Nombres: ANDREA DEL PILAR

CC [X] CE [ ] TI [ ] RC [ ] Otro [ ] No: 52.269.727 Fecha de Nacimiento: 09 09 1975

Lugar de Nacimiento: CUCUTA Nacionalidad: COLOMBIANA Ocupación/ Oficio: MEDICO PSIQUIATRA

Profesión: MEDICO PSIQUIATRA Teléfono: 0 Celular: 3155277986

Dirección Residencia: Calle 8 número 9e-81 colsag Municipio: CÚCUTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos Mensuales | 12.000.000 | Egresos Mensuales | 9.000.000 |
| Activos (pesos) | 0 | Pasivos (pesos) | 0 |
| Patrimonio (pesos) | 0 | Otros ingresos (pesos) | 0 |
| Concepto Otros Ingresos | 0 | | |

## 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 [ ] Otro [ ] 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 públicos? | ¿por su actividad o cargo ejerce algún grado de poder público? | ¿por su actividad o cargo goza de reconocimiento público? | ¿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 PÚBLICAMENTE 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 grado de país? | 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 Código 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:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Rudesindo Soto | FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO PERSONAS NATURALES Y JURIDICAS SARLAFT<br>E.S.E HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO DE CUCUTA | VERSION:<br>01 | EDICIÓN: |
| | | | PÁGINA 2 DE 3 |

## 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? S. [ ] 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 declaro que no me encuentro en ninguna lista restrictivas de las establecidas a nivel nacional o internacional en lo referente al lavado de activos o financiación del 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 cambios y reportarlo a su organización

## 7. CLAUSULA 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 declaratoria no provienen ni provendrán de actividades ilícitas tales como el narcotráfico, terrorismo y financiamiento del terrorismo, lavado de activos, testaferrato, tráfico de estupefacientes o delitos contra el orden constitucional, o que de alguna manera contravengan las leyes de la república, 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 conocimiento como instrumento para el tratamiento, 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 en 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 del suscriptor de las obligaciones que le 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 de 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

Audrea C.

FIRMA PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL

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

**10. INFORMACIÓN RESERVADA PARA LA ENTIDAD**

Recopilación y verificación de información

- ☐ La cédula coincide con el nombre suministrado
- ☐ Se confirman los datos registrados en el formato

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
EXTENCION
FECHA
HORA

# Carné Digital de Vacunación Colombia

Salud

## Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 2165378-2804-4510-A0B1-5F0583B7FC3

Nombres y apellidos / Full name: **ANDREA DEL PILAR CAMPEROS CUBEROS**

Tipo de identificación / ID Type: **CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Número de identificación / ID Number: **5 2 2 6 4 7 2 7**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **09/09/1976**

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3165377986**

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COVID PFIZER | Primera | 30 | 05 | 2021 | | ER1742 | CUCUTACLISICAMEDICAL DUARTE | LISBETH LAZARO ORTIZ |
| COVID PFIZER | Segunda | 20 | 04 | 2021 | PFIZER | ER8449 | CUCUTACLINICAMEDICAL DUARTE | LISBETH LAZARO |

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 Immunization - 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.

INNOVASALUD

NIT 901.871.825

# CERTIFICA QUE

## ANDREA DEL PILAR CAMPEROS CUBEROS

IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDADANÍA No 52264727

**Asistió al Curso Básico**

**ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VÍCTIMAS PAPSIVI**

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

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 29 DÍAS DEL MES DE JULIO DEL 2026. LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE EL MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

LEIDY DANIELA GOMEZ ORJUELA
REPRESENTANTE LEGAL

CHRISTIAN CAMILO CRUZ QUINTERO
GERENTE

VERIFICACIÓN

ESTADO DE VIGENCIA: VENCE el 29 de JULIO del 2027

DECRETO 1075 DE 2015 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO [illegible] ÓN CO[illegible]
PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

INNOVASALUD

NIT 901.871.825

# CERTIFICA QUE

## ANDREA DEL PILAR CAMPEROS CUBEROS

IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDADANÍA No 52264727

**Asistió al Curso Básico**

ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA Y ABUSO SEXUAL (AVS)

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

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 29 DÍAS DEL MES DE JULIO DEL 2026. LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE EL MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

LEIDY DANIELA GOMEZ ORJUELA
REPRESENTANTE LEGAL

CHRISTIAN CAMILO CRUZ QUINTERO
GERENTE

VERIFICACIÓN

ESTADO DE VIGENCIA: VENCE el 29 de JULIO del 2027

DECRETO 1075 DE 2015 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO[illegible]ÓN CON[illegible] PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

INNOVASALUD

NIT 901.871.825

# CERTIFICA QUE

## ANDREA DEL PILAR CAMPEROS CUBEROS

IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDADANÍA No 52264727

**Asistió al Curso Básico**

**MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN MIPG**

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

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 29 DÍAS DEL MES DE JULIO DEL 2026. LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE EL MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

LEIDY DANIELA GOMEZ ORJUELA
REPRESENTANTE LEGAL

CHRISTIAN CAMILO CRUZ QUINTERO
GERENTE

VERIFICACIÓN

ESTADO DE VIGENCIA: VENCE el 29 de JULIO del 2027

DECRETO 1075 DE 2015 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO [illegible] ÓN CO[illegible]
PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

INNOVASALUD

NIT 901.871.825

# CERTIFICA QUE

## ANDREA DEL PILAR CAMPEROS CUBEROS

IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDADANÍA No 52264727

**Asistió al Curso Avanzado**

**INTEGRIDAD, TRANSPARENCIA Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN (ITLC)**

**Con una intensidad horaria de 70 horas.**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 29 DÍAS DEL MES DE JULIO DEL 2026. LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE EL MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

LEIDY DANIELA GOMEZ ORJUELA
REPRESENTANTE LEGAL

CHRISTIAN CAMILO CRUZ QUINTERO
GERENTE

VERIFICACIÓN

ESTADO DE VIGENCIA: VENCE el 29 de JULIO del 2028

DECRETO 1075 DE 2015 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO [illegible] PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

INNOVASALUD

Profesionales en alta capacitación, pacientes más seguros.

**NIT 901.871.825**

# CERTIFICA QUE

## ANDREA DEL PILAR CAMPEROS CUBEROS

IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 52264727

**Asistió al curso Básico:**

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

Con una intensidad horaria de 45 horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 31 DÍAS DEL MES DE AGOSTO DE 2026, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE EL MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

LEIDY DANIELA GOMEZ ORJUELA
REPRESENTANTE LEGAL

CHRISTIAN CAMILO CRUZ QUINTERO
GERENTE

**ESTADO DE VIGENCIA: VENCE EN UN (1) AÑO DESDE SU FECHA DE EXPEDICIÓN**

DECRETO 1075 DE 2015 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO[illegible]ÓN CO[illegible]
PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

INNOVASALUD

Profesionales más capacitados, pacientes más seguros

**NIT 901.871.825**

# CERTIFICA QUE

## ANDREA DEL PILAR CAMPEROS CUBEROS

IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 52264727

**Asistió al curso Básico:**

**ATENCIÓN Y TRATAMIENTO EN SALUD MENTAL Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y ADICCIONES**

Con una intensidad horaria de 45 horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 31 DÍAS DEL MES DE AGOSTO DEL 2026, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE EL MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

LEIDY DANIELA GOMEZ ORJUELA
REPRESENTANTE LEGAL

CHRISTIAN CAMILO CRUZ QUINTERO
GERENTE

**ESTADO DE VIGENCIA: VENCE EN UN (1) AÑO DESDE SU FECHA DE EXPEDICIÓN**

DECRETO 1075 DE 2015 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO [illegible] ÓN CO[illegible] PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

REPUBLICA DE COLOMBIA

# REANIME COLOMBIA S.A.S.

Matrícula Mercantil 00240382 del 14 de diciembre de 2.012
Decreto 114 del 15 de enero de 1.996
Ley 1064 del 26 de julio de 2.006
Decreto 4904 del 16 de diciembre de 2.009

REANIME COLOMBIA

Código Q.R. de Verificación

## CONSTANCIA DE ASISTENCIA AL CURSO

### B.L.S. - A.C.L.S. EN ADULTOS

Soporte Vital Básico Pediátrico y Neonatal (Minuto de Oro), basados en Guías de la American Heart Association (AHA)

SE OTORGA EN CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS PROPUESTOS A:
ANDREA DEL PILAR CAMPEROS CUBEROS

Identificado(a) con el documento de identidad No. 52264727

Con una intensidad de 48 horas

Elkin Eduardo Uribe Silva
Representante Legal Reanime Colombia

Katherine Moncada L.
Secretaria Académica

Zury Carreño Leiva
Especialista en Cuidado Crítico

Anotado en el Folio No.118, Registro No. 18 del Libro No. 22 de Certificados - Dado en San José de Cúcuta el 20-11-2025
Para verificar la validez de este Certificado, consulte la página web http://master.reanimecolombia.com/consulte.php

INNOVASALUD

Profesionales más conectados, pacientes más seguros.

NIT 901.871.825

# CERTIFICA QUE

## ANDREA DEL PILAR CAMPEROS CUBEROS

IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 52264727

**Asistió al curso Básico:**

## ATENCIÓN AL CONSUMIDOR DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y SALUD MENTAL (ACSM)

Con una intensidad horaria de 45 horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 11 DÍAS DEL MES DE AGOSTO DEL 2025, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE EL MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

LEIDY DANIELA GOMEZ ORJUELA
REPRESENTANTE LEGAL

CHRISTIAN CAMILO CRUZ QUINTERO
GERENTE

**ESTADO DE VIGENCIA: VENCE EN UN (1) AÑO DESDE SU FECHA DE EXPEDICIÓN**

DECRETO 1075 DE 2015 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO [illegible] CIÓN CO[illegible]
PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

## *ANDREA DEL PILAR CAMPEROS C.*

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

## Diagnóstico y manejo clínico del dengue

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 98,00 %

27 de Noviembre de 2025

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

FIU | Robert Stempel College of Public Health & Social Work
FLORIDA INTERNATIONAL UNIVERSITY

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/moroo/mod/simplecertificate/verify.php?code=66hd071a-02d4-4017-afc1-0c1eac1f5b8d

Toda información administrativa o asistencial que se defina como confidencial y/o sensible debe 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 **ANDREA DEL PILAR CAMPEROS CUBEROS**, identificado(a) con **C.C No. 52264727** expedido en **CÚCUTA** 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 debe 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 comprenda, pero no se limite 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 estén 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) Sea 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 ésta 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 materia 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 les 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 _____ (___) días del mes de _____ del año _____.

Nombre legible: **ANDREA DEL PILAR CAMPEROS CUBERIS**

Tipo y No. De identificación: C.C. **52264727** de Cúcuta.

Tipo de vinculación: Contratista

Firma de la persona que lo suscribe

Huella Digital

| | ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO | | |
|---|---|---|---|
| Rudesindo Soto | FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES | CONTRATACIÓN | |
| | | 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 tenia 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 _____ de _____ de_____

Firma del Titular de los datos: Andrea C

Nombre: ANDREA DEL PILAR CAMPEROS CUBEROS

Cédula: 52264727 de Cúcuta

Correo electrónico: andreacamperos0909@gmail.com

Celular: 316 5377986