Bucaramanga, 17 de septiembre de 2026

Doctora:
NATALIA SOFIA OJEDA ORTIZ.
Gerente.
ESE Hospital Psiquiátrico San Camilo.
Ciudad.

ASUNTO: PRESENTACIÓN DE PROPUESTA.

A través de este documento se presenta la siguiente propuesta para la ejecución del objeto contractual denominado: **"PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA OCUPACIONAL CERTIFICADORA DE DISCAPACIDAD, CON EL FIN DE IMPLEMENTAR EL PROCEDIMIENTO DE CERTIFICACIÓN, REGISTRO DE LOCALIZACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD, ESTABLECIDO POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL"** y en caso de que sea aceptada me comprometo a firmar el contrato correspondiente.

Así mismo, **DECLARO:**

- Bajo la gravedad de juramento que no me hallo incurso en causal alguna de inhabilidades o incompatibilidades señaladas en la Ley, y que no me encuentro en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar.
- Que en caso de sobrevenir una inhabilidad me haré responsable frente a la entidad contratante y ante terceros por los perjuicios que se ocasionen, y me comprometo a ceder el contrato, previa autorización escrita de la entidad contratante o si ello no fuera posible, renunciaré a la ejecución.
- Que no he sido sancionado mediante acto administrativo ejecutoriado por ninguna entidad oficial dentro de los últimos dos (2) años anteriores a la fecha límite para presentar oferta.
- Que si me adjudican el contrato, me comprometo a firmarlo y a suministrar la información en las condiciones y términos señalados por la entidad.
- Que conozco las Leyes de la República de Colombia que rigen esta contratación.

Que el precio de la propuesta la presento por la suma de honorarios mensuales que asciende a **TRES MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL PESOS M/CTE ($3.339.000)**, y por un plazo de ejecución del contrato de **DOS (2) MESES.**

Con la firma de este documento manifiesto bajo la gravedad de juramento que la información consignada en el mismo y en la propuesta en general es veraz y auténtica, por lo tanto, asumo total responsabilidad por el alcance y efectos de la información suministrada.

Atentamente,

Marcela Carvajal.
CLAUDIA MARCELA CARVAJAL GIL
C.C. No 1.095.794.219

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
CARVAJAL	GIL	CLAUDIA MARCELA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C ● C.E ○ PAS ○ No. 1095794219

SEXO: F ● M ○

NACIONALIDAD: COL. ● EXTRANJERO ○ *PAÍS*: COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 16 MES 08 AÑO 1987

PAÍS COLOMBIA

DEPTO SANTANDER

MUNICIPIO FLORIDABLANCA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 26B # 34-14

PAÍS COLOMBIA DEPTO SANTANDER

MUNICIPIO FLORIDABLANCA

TELÉFONO 3167891298 EMAIL MARCELACARVAJAL.OT@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 DE 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											*TÍTULO OBTENIDO: TECNICO EMPRESARIAL*
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 12 AÑO 2006

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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*				
UN	9	X		TERAPEUTA OCUPACIONAL	05	2	0	1	2	1095794219
UN	9	X		TERAPEUTA OCUPACIONAL	05	2	0	1	2	1095794219
PG	4	X		MAESTRIA EN EDUCACIÓN	02	2	0	2	4	1095794219

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
SANTANDER	BUCARAMANGA	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA 0,4 MES 1,2 AÑO 2,0,2,4	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
TERAPEUTA OCUPACIONAL	CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD E INIMPU	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ASOPORMEN			

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA 1,3 MES 0,2 AÑO 2,0,1,2	DÍA 0,6 MES 0,9 AÑO 2,0,1,5

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
TERAPEUTA OCUPACIONAL	TERAPIA OCUPACIONAL/ABA	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 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	1	8
EMPLEADO SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	1	8

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE 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 ADMNISTRACIÓON 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 FLORIDABLANCA 11/08/2026

Marcela C.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 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



Claudia Marcela Carvajal Gil

TERAPEUTA OCUPACIONAL

CONTACTO

marcelacarvajal.ot@gmail.com

(57) 3167891298

ACERCA DE MÍ

Terapeuta Ocupacional dinámica, comprometida, con iniciativa, siempre dispuesta aprender y cumplir mis objetivos en lo personal y laboral.
Mi pasión por ayudar a las personas a mejorar su calidad de vida e independencia, me ha llevado a desarrollar habilidades sobresalientes y un profundo compromiso con mi profesión.

REFERENCIAS

José Vicente Rodríguez Perez
Móvil: 320 8540517

Ángela Patricia Triana
Móvil: 3158939052

EDUCACIÓN

- **Maestría en Educación**

Coorporación Educativa Minuto de Dios
(2.024)

- **Terapeuta Ocupacional**

Universidad Manuela Beltrán
2012

EXPERIENCIA LABORAL

Asopormen

Terapeuta ocupacional/ABA
2012-2015

Funciones
Evaluaciones, plan de tratamiento, planes caseros, evoluciones, actividades grupales e individuales, acompañamiento en las instituciones educativas, apoyo en las adaptaciones curriculares, integración sensorial/dietas sensoriales, acompañamiento terapéutico y capacitación a padres y docentes.

ESE Hospital psiquiátrico San Camilo
Diciembre 2024-2025 actualmente

Funciones
Certificación de discapacidad.
Atención de usuarios individual y grupal en personas con discapacidad en el programa de inimputables (motoras, cognitivas, lúdico recreativas, expresivo proyectivas)
Actividades de lectoescritura para adultos.
Atención grupal a usuarios de hospital día.
Realización de notas evolutivas al finalizar cada sesión.

FORMACIÓN COMPLEMENTARIA

- Escritura sin lágrimas
- Grafomotricidad
- ABA workshop
- Aplicación técnica ABA en población con autismo
- Abordaje clínico desde neurodesarrolllo e integración sensorial.
- Cerfificación de discapacidad para la localización y caracterización de las personas con discapacidad (Sena)

UMB

UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN

SECCIONAL BUCARAMANGA

PERSONERÍA JURÍDICA RESOLUCIÓN No. 1560 DE MARZO 29 DE 2007
DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

ACTA DE GRADO No. 045 LIBRO No. 006 FOLIO No. 1679

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

Claudia Marcela Carvajal Gil

C.C. No. *1.095.794.219 de Floridablanca (Stder)*

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

Terapeuta Ocupacional

EN NOMBRE Y REPRESENTACIÓN DE LA UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN, UMB.
SECCIONAL BUCARAMANGA Y PREVIO EL JURAMENTO DE RIGOR, EL SEÑOR RECTOR PROCEDIÓ
A LA ENTREGA DEL DIPLOMA QUE LE ACREDITA PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN
DE CONFORMIDAD CON LA LEGISLACIÓN VIGENTE

EN TESTIMONIO DE LO ANTERIOR SE FIRMA Y SELLA LA PRESENTE ACTA DE GRADO
EN LA CIUDAD DE BUCARAMANGA
ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL Y TOMADO A LOS 18 DIAS DEL MES MAYO DE 2012

RECTOR

DIRECTOR REGISTRO Y CONTROL ACADÉMICO

DIRECTOR DE PROGRAMA

SECRETARIO GENERAL

No. 80875



UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN

UMB

SECCIONAL BUCARAMANGA

PERSONERÍA JURÍDICA RESOLUCIÓN No. 1560 DE MARZO 29 DE 2007
DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

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

Claudia Marcela Carvajal Gil

C.C. 1.095.794219 de Floridablanca (sder)

EL TÍTULO DE

Terapeuta Ocupacional

POR HABER CUMPLIDO CON TODOS LOS REQUISITOS ACADÉMICOS Y LEGALES.

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

EN LA CIUDAD DE BUCARAMANGA

A LOS 18 DÍAS DEL MES MAYO DE 2012

RECTOR

DIRECTOR REGISTRO Y CONTROL ACADÉMICO

SECRETARIO GENERAL

DIRECTOR DE PROGRAMA

016809
9-10-2012

Libro de Registro No. 006
Acta de Grado No. 045
Folio No. 1679
Registro Profesional No. 01679

S0875

Powered by CamScanner

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

CLAUDIA MARCELA CARVAJAL GIL

Con Cedula de Ciudadania No. 1095794219

Cursó y aprobó la acción de Formación

CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD Y EL REGISTRO PARA LOCALIZACION Y CARACTERIZACION DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

con una duración de 48 horas

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Ibagué. a los veintidos (22) dias del mes de julio de dos mil veintiuno (2021)

Firmado Digitalmente por

LINA LIZETH MARTINEZ CALDERON
Subdirectora (E)
CENTRO DE INDUSTRIA Y CONSTRUCCION
REGIONAL TOLIMA

76113522 - 22/07/2021
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9226002347736CC1095794219C.

#¡VALOR!

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

OFICINA DE PROMOCIÓN SOCIAL

DIRECTORIO NACIONAL DE CERTIFICADORES DE DISCAPACIDAD

Actualizado con corte a 11 de julio de 2025

CONSULTE AQUÍ

Ingrese su número de documento de identidad

CC 1095794219

NOMBRE	APELLIDO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO / DISTRITO	PROFESIÓN
CLAUDIA MARCELA	CARVAJAL	SANTANDER	FLORIDABLANCA	TERAPIA OCUPACIONAL

FECHA DE FORMACIÓN	22/07/2021

Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste UTC -5 15:09:05

Buscar por proces | Menú

Buscar...

Escritorio → **Configuraciones de Perfil**

- Mis datos de usuario
- Noticias SECOP
- Mis registros
- Accesos del usuario
- Términos y condiciones de uso

Editar

Información del usuario



Cargo	
Título	
Nombre	Claudia Marcela
Apellidos	Carvajal Gil
Fecha de Nacimiento	16/08/1987 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nivel Educativo	Posgrado
Género	Mujer
¿Tiene alguna discapacidad?	○ SI ◉ No
Nombre y apellido	Claudia Marcela Carvajal Gil
Tipo de documento	
Número de documento	
Dirección	
Código postal	
Estrato	
Ubicación	
País	CHIPRE
Correo electrónico	marcelacarvajal.ot@gmail.com
Teléfono	
Celular	3167891298

Configuración

Zona horaria	(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma	Español (Colombia)
Configuración regional	Spanish (Colombia)

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	¿Cuál era la ciudad donde trabajó por primera vez?
Respuesta	Asopormen
SMS para recuperar la contraseña	3167891298

Editar

LA JEFE DE LA OFICINA ASESORA JURÍDICA DE LA ESE HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO

HACE CONSTAR:

Que la Señora **CLAUDIA MARCELA CARVAJAL GIL**, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.095.794.219, en la vigencia 2024 y 2026 ha suscrito con la ESE Hospital Psiquiátrico San Camilo el contrato que se relaciona a continuación:

- **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No.175 DEL 04 DE DICIEMBRE DE 2024.**

OBJETO: *"PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA OCUPACIONAL CERTIFICADOR(A) DE DISCAPACIDAD, CON EL FIN DE IMPLEMENTAR EL PROCEDIMIENTO DE CERTIFICACIÓN, REGISTRO DE LOCALIZACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD – RLCPD, EN EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER, SEGÚN LOS LINEAMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, ENMARCADO DENTRO DEL PROYECTO "FORTALECIMIENTO EN LA INTERVENCIÓN CON POBLACIÓN VULNERABLE EN EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER."*

PLAZO: VEINTISIETE (27) DÍAS CALENDARIO, A PARTIR DE LA FIRMA DEL ACTA DE INICIO.

FECHA INICIAL: 04-12-2024. **FECHA FINAL:** 30-12-2024.

VALOR: DOS MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS M/CTE ($2.700.000).

ESTADO: EJECUTADO – LIQUIDADO.

OBLIGACIONES: De conformidad al orden de servicios profesionales No. 175 -2024 y los alcances del objeto establecidos en los estudios previos, las **obligaciones** que debía cumplir el contratista en virtud de éste fueron las siguientes:

1) Prestar de manera eficiente y oportuna la ejecución de las actividades necesarias para la implementación del procedimiento de certificación, registro de localización y caracterización de personas con discapacidad – RLCPD, atendiendo los lineamientos técnicos expedidos por el MSPS y los de la supervisión.
2) Contar con apoyos y ajustes razonables definidos por el médico tratante para el proceso de valoración y certificación de discapacidad, teniendo en cuenta las diferentes categorías de discapacidad. **Producto:** Informe mensual de apoyos y ajustes razonables requeridos para las valoraciones y certificaciones.
3) Realizar diez (10) valoraciones diarias para certificación de discapacidad, o según disposición de la supervisión, previendo que el promedio de tiempo para cada una es de cuarenta (40) minutos. **Producto:** Informe de valoraciones y certificaciones mensuales realizadas.
4) Disponer de agenda abierta y de mecanismos no presenciales para la asignación (fecha, hora y lugar) y notificación de citas (llamada telefónica y/o correo electrónico)

para el proceso de certificación de discapacidad, según demanda de los municipios asignados, previa autorización de las Secretarias de Salud municipal, con copia a la Entidad Territorial municipal. **Producto:** Informe de actividades.

5) Realizar proceso de valoración multidisciplinaria para certificación de discapacidad en modalidad institucional (presencial o por Telemedicina). Tener en cuenta que la modalidad domiciliaria, será de manera excepcional y procederá únicamente por orden expresa del médico tratante, deberá quedar registrada en la autorización expedida por la Secretaria de Salud Municipal y será realizada solo en el municipio donde se encuentre ubicada la IPS autorizada para dicho proceso. **Producto:** Informe de valoraciones realizadas, según la modalidad. Si es institucional, aclarar si es presencial o por telemedicina, en el formato establecido por la secretaria de Salud Departamental.

6) Realizar valoración de segunda opinión, en los casos que sean remitidos, previa autorización del municipio de residencia, cuando la persona con discapacidad valorada o su representante considere que, su condición no se encuentra debidamente reflejada en el certificado emitido en la primera valoración. **Producto:** Informe de segunda valoración realizada, según la modalidad, si es institucional aclarar si es presencial o por telemedicina.

7) Hacer entrega a la persona valorada y/o su acompañante del Certificado de Discapacidad en los casos en los que se identifique la condición. **Producto:** Informe de Certificados de Discapacidad entregados por parte de la IPS, detallando nombre del municipio, numero de certificados de discapacidad, canal de entrega.

8) Hacer use de la Plataforma Gestor APS de la Secretaria de Salud Departamental para el agendamiento de las valoraciones y certificaciones de discapacidad, según municipios asignados, cargando documentación (certificados de discapacidad) requerida durante la ejecución del contrato. **Producto:** Informe de actividades (municipios asignados, personas autorizadas, personas valoradas y certificados al tiempo del reporte. personas con códigos autorizados pendientes de agenda y/o por valorar).

9) Notificar a las personas solicitantes de la cita (fecha, hora y lugar de valoración) a través de llamada telefónica y/o correo electrónico, con copia a la secretaria de salud municipal de residencia de la persona a valorar. **Producto:** Informe mensual de notificación de citas.

10) Informar a la persona con discapacidad y/o su acompañante sobre el procedimiento a realizar el equipo multidisciplinario de salud, a través del consentimiento informado y firma respectiva del mismo. **Producto:** Informe mensual de consentimientos informados.

11) Participar en los espacios que sean requeridos y/o que la supervisión del contrato genere para el fortalecimiento del proceso de certificación, registro de localización y caracterización de personas con discapacidad. **Producto:** Informe de actividades.

12) Abstenerse de emitir certificaciones sin solicitudes de servicios, que sean improcedentes según la ética profesional y sin revisar la historia clínica, que será soporte de estas solicitudes.

13) Las demás inherentes al cumplimiento del objeto contratado, que garanticen su cabal y oportuna ejecución, y que sean determinadas por el supervisor del contrato o el Gerente.

❖ **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No.076 DEL 10 DE FEBRERO DE 2026.**

OBJETO: *"PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA OCUPACIONAL CERTIFICADORA DE DISCAPACIDAD, CON EL FIN DE IMPLEMENTAR EL PROCEDIMIENTO DE CERTIFICACIÓN, REGISTRO DE LOCALIZACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD, ESTABLECIDO POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL."*

PLAZO: DOS (2) MESES, A PARTIR DE LA FIRMA DEL ACTA DE INICIO.

FECHA INICIAL: 16-02-2026. **FECHA FINAL:** 15-04-2026.

VALOR: SEIS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL PESOS M/CTE ($6.678.000).

ESTADO: EJECUTADO – LIQUIDADO.

OBLIGACIONES: De conformidad al orden de servicios profesionales No. 076 -2026 y los alcances del objeto establecidos en los estudios previos, las **obligaciones** que debía cumplir el contratista en virtud de éste fueron las siguientes:

1) Prestar de manera eficiente y oportuna la ejecución de las actividades necesarias para la implementación y ejecución del procedimiento de certificación, registro de localización y caracterización de personas con discapacidad – RLCPD, atendiendo los lineamientos técnicos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y los de la supervisión.
2) Realizar diez (10) valoraciones diarias para certificación de discapacidad, o según disposición de la supervisión, previendo que el promedio de tiempo para cada una es de cuarenta (40) minutos. **Producto:** Informe de valoraciones y certificaciones mensuales realizadas.
3) Realizar valoración de segunda opinión, si hubiera el lugar, en los casos que sean remitidos, previa autorización del municipio de residencia, cuando la persona con discapacidad valorada o su representante considere que, su condición no se encuentra debidamente reflejada en el certificado emitido en la primera valoración. **Producto:** Informe de segunda valoración realizada, según la modalidad, si es institucional aclarar si es presencial o por telemedicina.
4) Hacer entrega a la persona valorada y/o su acompañante del Certificado de Discapacidad en los casos en los que se identifique la condición. **Producto:** Informe de Certificados de Discapacidad entregados por parte de la IPS, detallando nombre del municipio, numero de certificados de discapacidad, canal de entrega.
5) Informar a la persona con discapacidad y/o su acompañante sobre el procedimiento a realizar el equipo multidisciplinario de salud, a través del consentimiento informado y firma respectiva del mismo. **Producto:** Informe mensual de consentimientos informados.
6) Participar en los espacios que sean requeridos y/o que la supervisión del contrato genere para el fortalecimiento del proceso de certificación, registro de localización y caracterización de personas con discapacidad. **Producto:** Informe de actividades.

7) Abstenerse de emitir certificaciones sin solicitudes de servicios, que sean improcedentes según la ética profesional y sin revisar la historia clínica, que será soporte de estas solicitudes.
8) Las demás inherentes al cumplimiento del objeto contratado, que garanticen su cabal y oportuna ejecución, y que sean determinadas por el supervisor del contrato o el Gerente.

Se expide a los treinta (30) días del mes de enero de 2026.

MAYRA ALEJANDRA TELLEZ ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica.

Proyectó: KARINA PORRAS BAUTISTA.
Apoyo a la gestión Oficina Jurídica.

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	2026-01-26 16:46

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
CLAUDIA	MARCELA	CARVAJAL	GIL

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1095794219

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	FLORIDABLANCA

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	FLORIDABLANCA

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	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	BUCARAMANGA

Dirección	["Calle 45 N° 7-18"]

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$31.114.800
Cesantías e intereses de cesantías	$2.595.400
Gastos de representación	$1.300.000
Arriendos	$800.000
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$
TOTAL	$35.810.200

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	$270.000
		$
		$

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
				$

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [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
JOHN	ELKIN	CARVAJAL	GIL

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 1098622564

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual: Sí [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.095.794.219

CARVAJAL GIL

APELLIDOS

CLAUDIA MARCELA

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 16-AGO-1987

FLORIDABLANCA

(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA | O- G.S. RH | F SEXO

19-DIC-2005 FLORIDABLANCA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL

ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

INDICE DERECHO

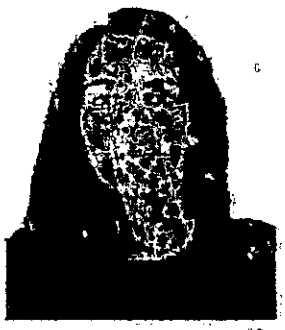
P-2708200-59145384-F-1095794219-20060216 05721 06041A 02 191047065

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Salud

Identificación Única de Talento Humano en Salud

TERAPEUTA OCUPACIONAL



CLAUDIA MARCELA CARVAJAL GIL

CC 1095794219

UNIVERSIDAD MANUELA BELTRAN-UMB-

Bucaramanga

Fecha expedición diploma: **2012-05-18**

Fecha inscripción RETHUS: **2012-10-09**

Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional

Miembro de la World Federation of Occupational Therapists WFOT
Miembro de la Confederación Latinoamericana de Terapeutas Ocupacionales CLATO

Bogotá, D.C., Agosto 06 de 2026

REF. Antecedentes Disciplinarios Profesionales

A quien corresponda

El Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional -CCTO identificado con NIT 860041350-9 se permite informar que a la fecha la profesión de Terapia Ocupacional no cuenta con un Tribunal de Ética, autorizado por Ley. Por lo tanto, no existe un organismo con competencias legales y jurídicas que pueda emitir certificados de conducta y antecedentes de los profesionales en Terapia ocupacional.

Adicionalmente, de acuerdo con las disposiciones de la Ley 1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010, la inscripción en el ReTHUS reporta el cumplimiento de requisitos para ejercer una profesión u ocupación en el sector salud y la Tarjeta de Identificación Única del Talento Humano en Salud acredita este cumplimiento.

El Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional inició el cumplimiento de las funciones públicas delegadas establecidas en lacitada normatividad, a partir del 9 de octubre de 2018.

Atentamente

Flor Esperanza Rodriguez Ferro

Flor Esperanza Rodríguez Ferro
Presidente

Calle 105ª# 14-92 oficina 602
Móvil(57) 3188644465
www.tocolombia.org – registro@tocolombia.org
Bogotá D.C. – Colombia

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

1095794219

Primer Nombre

Claudia

Primer Apellido

Carvajal

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

6221

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2026-08-26→8:14:39 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:
CC	1095794219	CLAUDIA	MARCELA	CARVAJAL	GIL	Vigente

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) CLAUDIA MARCELA CARVAJAL GIL identificado(a) con CC 1095794219 registra La siguiente información:

2026-08-26→8:14:39 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	TERAPIA OCUPACIONAL	2012-10-09	16809	Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional
AUX	Local	Salud ocupacional	2012-10-09	16809	DTS DEPARTAMENTO DE SANTANDER

AUX	**Local**	**Tecnología en salud ocupacional**	**2012-10-09**	**16809**	**DTS DEPARTAMENTO DE SANTANDER**

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

SISPRO

Dirección:
Carrera 13 # 32-76 (piso 1)
Cundinamarca, Bogotá D.C.
Código Postal: 110311

Horario de atención:
Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Contacto

Teléfono
conmutador:
En Bogotá 601 330 5043 Opción 2
Resto del país. 018000960020 Opción
Correo de notificaciones judiciales:
notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

Terminos y condiciones

PROCURADURÍA
GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 300992624

PIB
13:56:48

Bogotá DC, 11 de agosto del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) CLAUDIA MARCELA CARVAJAL GIL identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1095794219:

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.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 11 de agosto de 2026, a las 13:55:07, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1095794219
Código de Verificación	1095794219260811135507

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

COR

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 02:06:55 PM horas del 11/08/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1095794219**

Apellidos y Nombres: **CARVAJAL GIL CLAUDIA MARCELA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

DIJIN

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

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

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 11/08/2026 02:10:43 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1095794219** y Nombre: **CLAUDIA MARCELA CARVAJAL GIL.**

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. **145565754** . 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 08:10:15 horas del 26/08/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1095794219,** Apellidos y Nombres **CARVAJAL GIL CLAUDIA MARCELA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO,** con NIT **890200500-9** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1095794219 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 11/08/2026 02:21 PM

Código Verificación: **9VES7DTUAN**

Válida hasta: **09/11/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14214452646

(415)7707212489984(8020) 000001421445264 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 9 5 7 9 4 2 1 9	9	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga 4	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 9 5 7 9 4 2 1 9

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Santander 6 8	Floridablanca 2 7 6

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CARVAJAL	GIL	CLAUDIA	MARCELA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Floridablanca 2 7 6

41. Dirección principal
CL 3 3 57

42. Correo electrónico marcelacarvajal16@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 7 3 8 7 2 9 4 4	6 9 0 9 2 6 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 1 2 0 4 1 0						2 2 2 3	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	2	0																								

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

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

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre MORENO RODRIGUEZ FLOR ALBA

985. Cargo Gestor II

Fecha generación documento PDF: 22-01-2026 09:31:42PM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **CLAUDIA MARCELA CARVAJAL GIL** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1095794219** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1095794219
NOMBRES Y APELLIDOS	CLAUDIA MARCELA CARVAJAL GIL
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/02/2019
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **11/08/2026**

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

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

CLAUDIA MARCELA CARVAJAL GIL, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.095.794.219,** se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 11 de Agosto del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Medellín, 12 de agosto de 2026

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que CLAUDIA MARCELA CARVAJAL GIL identificado(a) con C1095794219 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10957942192622450025

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.11

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

GRUPO BICENTENARIO

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

Claudia Marcela Carvajal Gil identificado con CC. 1095794219 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

Nombres y/o Razón	ESE HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO
Tipo y Numero de Documento	NI - 890200500

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL

Fecha de inicio de cobertura	2026/09/22	**Fecha inicio contrato**	2026/09/17
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/11/17
Riesgo	3	**Código actividad económica**	3869201 - Actividades de apoyo terapeutico, incluye actividades de enfermeros, fisioterapeutas, terapistas respiratorios, terapistas
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	-	**Estado del contrato**	Activa

Esta certificación se expide a los 21 días del mes de septiembre del 2026.

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

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC21092026C1095794219C22809064.** Este código es válido por un mes.

CER_AFI_2026032240574

Cordialmente,

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

Certificación
Bancaria

Miércoles, 12 de agosto de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que CLAUDIA MARCELA CARVAJAL GIL identificado(a) con CC 1095794219, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta de ahorros	72600005759	2024-03-04	Activo	*****

*Importante: Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345.Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL

EVALUACION MEDICA SALUD OCUPACIONAL

Dr. RICARDO MONTOYA SALAS ESPECIALISTA SALUD OCUPACIONAL

Ciudad y fecha	Dia	3	Mes	12	Año	2025	Ciudad	Bucaramanga				
Tipo de examen	Ingreso	x	Periodico		Retiro		Alturas					
Empresa	independiente											
Nombre	Claudia Marcela Carvajal Gil						C.C.	1095794219				
Cargo	terapeuta ocupacional						Edad	37				

Examen practicado		Laboratorios		Laboratorios		Otros	
Evaluacion medica	x	colesterol		Cuadro Hematico		Pruebas de vertigo	
Optometria		Trigliceridos		Hemoclasificacion		Prueba Psicologica	
Visiometria		Perfil lipidico		Glicemia		Valor/Osteomuscular	
Audiometria		Serologia		KOH		Rayos X de Torax	
Espirometria		Parcial de orina		Frotis faringeo		rayos X Lumbar	
Ekg		Coprologico					

CONCEPTO						
sin recomendaciones	x					
con recomendaciones						
Aplazado						
Egreso Satisfactorio						
Apto para trabajo en alturas		Si		No		

RECOMENDACIONES					
Medicas		Ocupacionales		Habitos y vida saludable	
Remision EPS		Uso de EPP		Dejar de fumar	
Continuar Manejo Medico		S.V.E. Osteomuscular		Control de peso	
Seguimiento Caso por ARL		S.V.E. Cardiovascular		hacer deporte	x
Remision especialista		S.V.E. Visual		No consumo de alcohol	
		No movilizar cargas mayores			
Otras recomendaciones:					

se da recomendaciones sobre higiene postural pausas activas , debe cumplir el protocolo de bioseguridad de la empresa y asistir a capacitacion planeadas de la institucion para mejorar en su auto cuidado

Certifico que no he omitido informacion sobre mi estado de salud y puede ser verificado y confirmado

MD Salud Ocupacional

LSO

Marcela C.

Firma del trabajador

C.C. 1,095,794,219

República de Colombia Gobernación de Santander	RESOLUCIÓN	CÓDIGO	AP-GJ-RG-36
		VERSIÓN	2
		FECHA DE APROBACIÓN	29/05/2024
		PÁGINA	1 de 1

RESOLUCIÓN NÚMERO 24940 **DE 2024**

Por la cual se renueva una Licencia de Seguridad y Salud en el Trabajo

EL SECRETARIO DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER

En uso de sus facultades legales, y en especial las que le confiere la Ley 1562 de 2012 y la Resolución 754 de 2021 modificada por la Resolución 1151 de 2022, y

CONSIDERANDO

Que, **MONTOYA SALAS RICARDO ANDRES** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 13870891, ha solicitado Renovación de Licencia para la Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo ante la Secretaría de Salud Departamental de Santander como MÉDICO - ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL título otorgado por la UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN el 24 de octubre de 2014.

Que, al peticionario le fue otorgada la Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo, mediante Resolución No 22173 de 04/12/2014 por la Secretaría de Salud del Departamento de Santander y concedida por un término de diez (10) años contados a partir de la expedición de la Resolución, la cual ha cumplido su vigencia.

Que, de conformidad con el Artículo 7 de la Resolución 754 del 31 de mayo de 2021, el peticionario ha presentado la documentación solicitada para la Renovación de la Licencia para la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo y cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes.

Que, por lo antes expuesto, el Secretario de Salud Departamental

RESUELVE

Artículo 1°: RENOVAR LICENCIA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO A: **MONTOYA SALAS RICARDO ANDRES,** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 13870891 como MÉDICO - ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL, en los campos de acción de Medicina del Trabajo o de Seguridad y Salud en el Trabajo, Investigación en área técnica, Investigación de accidentes de trabajo y enfermedad laboral, Educación, Capacitación, Diseño, Administración y Ejecución del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

Artículo 2°: La Licencia de que trata el artículo anterior se concede por el término de diez (10) años contados a partir de la fecha de expedición de la presente Resolución.

Artículo 3°: Cuando se modifique las condiciones por la cual se otorgó esta Licencia, en el término máximo de un mes se debe informar a la Secretaría de Salud de Santander para la modificación dela misma.

Artículo 4°: Esta Licencia es válida en todo el Territorio Nacional y tendrá carácter personal e intransferible.

Artículo 5°: Contra la presente Resolución procede los recursos legales.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Expedida en Bucaramanga, 03 DIC 2024

EDWIN ANTONIO PRADA RAMIREZ
Secretario de Salud del Departamento de Santander

VoBo: Antonio José Monroy Vecino - Director de Desarrollo de Servicios Inspección Vigilancia y Control
Revisó: Yelitza Lilibeth Hernández González - Coordinadora Grupo de Acreditación en Salud y SOGC
Proyectó: Magaly Andrea Mariño Bayona - Grupo de Acreditación en Salud SOGC