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 |
|---|---|---|
| GOMEZ | NIÑO | ALEYDA CAROLINA |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | GENERO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1057545502 | F ⊗ M ○ NB ○ | COL. ⊗ EXTRANJERO ○ | COLOMBIA |

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

**FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO**

FECHA DIA 18 MES 03 AÑO 1989

PAÍS COLOMBIA

DEPTO BOYACÁ

MUNICIPIO SOATÁ

**DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA**

CALLE 24 6B 64 apartamento 302

PAÍS COLOMBIA DEPTO BOYACÁ

MUNICIPIO TUNJA

TELÉFONO 3175128395 EMAIL medicacarolinagomez@gmail.com

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

***EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA***

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

***EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)***

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

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

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

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

| MODALIDAD ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO | | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN | | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | | MES | AÑO | |
| POSTGRADO | 6 | X | | ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA | 03 | 2020 | 1057545502 |
| PREGRADO | 12 | X | | MEDICINA | 11 | 2012 | |

## 3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

***EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO***

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

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

| INSTITUCIÓN | MODALIDAD | No. TOTAL HORAS | GRADUADO | | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS | TERMINACIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | SI | NO | | MES | AÑO |
| | | | | | | | |

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 |
| | | | | | | | | | |

## 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: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE BOYACA -TUNJA | | | PÚBLICA: X | | PRIVADA: | | PAÍS: COLOMBIA | | | | | |
| DEPARTAMENTO: BOYACÁ | MUNICIPIO: TUNJA | | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: | | | | | |
| TELÉFONOS: | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
| | Día: 01 | Mes: 11 | Año: 2022 | | | | Día: | Mes: | Año: | | | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL: MEDICA PSIQUIATRA | DEPENDENCIA: AREA DE PSIQUIATRIA | | | | | | DIRECCIÓN: ANILLO VIAL 1 1 1 km 1 via soraca | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD: SERVICIOS INTEGRALES DE REHABILITACION EN BOYACA SIREB LTDA | | | PÚBLICA: | | PRIVADA: X | | PAÍS: COLOMBIA | | | | | |
| DEPARTAMENTO: BOYACÁ | MUNICIPIO: TUNJA | | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: | | | | | |
| TELÉFONOS: | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
| | Día: 17 | Mes: 01 | Año: 2022 | | | | Día: 09 | Mes: 05 | Año: 2026 | | | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL: MEDICA PSIQUIATRA | DEPENDENCIA: AREA DE PSIQUIATRIA | | | | | | DIRECCIÓN: AVENIDA 28 28 98 avenica colon | | | | | |

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 PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA - UPTC | | PÚBLICA<br>X | PRIVADA | PAÍS<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO<br>BOYACÁ | MUNICIPIO<br>TUNJA | | | | CORREO ELECTRÓNICO | | | | | | |
| TELÉFONOS<br>7405626 | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | |
| | Día: | 01 | Mes: | 01 | Año: | 2025 | Día: | 30 | Mes: | 11 | Año: | 2026 |
| ÁREA DE CONOCIMIENTO<br>CIENCIAS DE LA SALUD | NIVEL EDUCATIVO<br>PREGRADO | | | | DIRECCIÓN<br>AVENIDA 6 39 115 Avenida Central del Norte | | | | | | |

## 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 | 10 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 4 | 3 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 0 | 0 |
| EXPERIENCIA DOCENTE | 1 | 11 |

## 8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* _____

_____

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

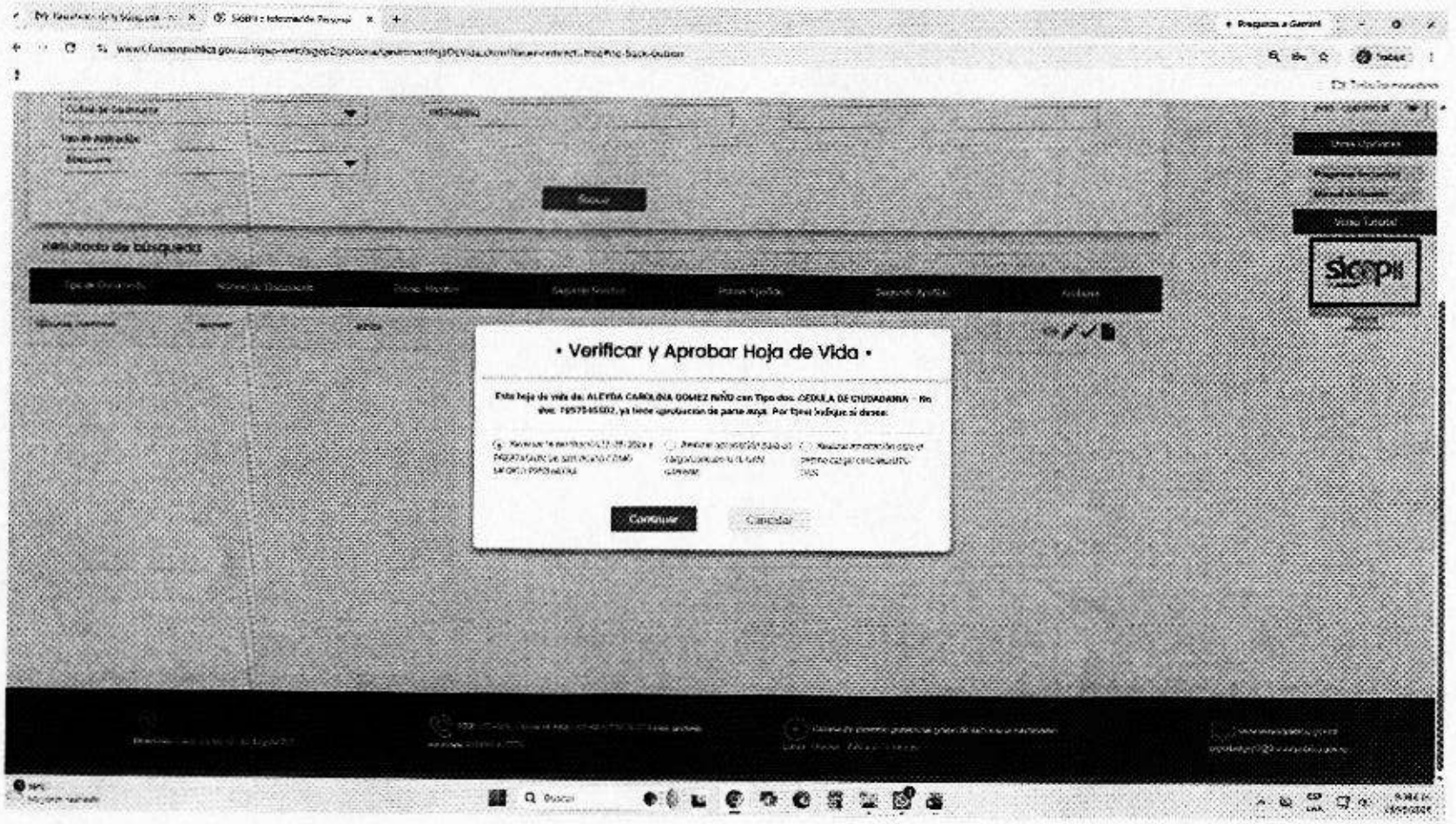
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

**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.

Tunja, 23 sept / 2026
*Ciudad y fecha*

Angela Milena Granados S
Angela Milena Granados (E)
*NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*


Resultado de búsqueda
• Verificar y Aprobar Hoja de Vida •
Continuar
Cancelar

REPÚBLICA DE COLOMBIA

# UNIVERSIDAD DE BOYACÁ

PERSONERÍA JURÍDICA RESOLUCIÓN No. 6951 DE 1983
RESOLUCIÓN No. 1910 DE 16 DE SEPTIEMBRE DE 2004 - MEN

En nombre de la República de Colombia y con autorización del Ministerio de Educación Nacional

TENIENDO EN CUENTA QUE

## Aleyda Carolina Gómez Niño

C.C. No. 1.057.345.502 EXPEDIDA EN Sogamoso - Boyacá

CURSÓ TODOS LOS ESTUDIOS Y CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS POR LA UNIVERSIDAD Y POR LAS NORMAS LEGALES LE CONFIERE EL TITULO UNIVERSITARIO DE:

## Médica Cirujana

EN TESTIMONIO DE ELLO LE OTORGA EL PRESENTE

## DIPLOMA

DADO EN Tunja EL DIA 14 DEL MES DE Diciembre DE 2012

PRESIDENTE CONSEJO DIRECTIVO

RECTOR

SECRETARIO GENERAL

DECANO FACULTAD

13419

# Universidad de Boyacá

PERSONERÍA JURÍDICA SEGÚN RESOLUCIÓN No. 3790 del 16 de Noviembre de 1954
RESOLUCIÓN No. 3759 del 16 de Septiembre de 2004
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

## ACTA DE GRADO No. 9632

En la ciudad de TUNJA el día 14 del mes de DICIEMBRE de 2012 se llevó a cabo el acto de graduación presidido por EL SEÑOR PRESIDENTE Y LA SEÑORA RECTORA en el cual la UNIVERSIDAD DE BOYACÁ, autorizada para el efecto según ACUERDO No. 014 del día 08 del mes de NOVIEMBRE DE 1973 del Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior (ICFES), y previo juramento reglamentario, confirió el título de:

MEDICA CIRUJANA

a: ALEIDA CAROLINA GÓMEZ NIÑO

identificado (a) con C.C. No. 1.057.545.502 de SOATÁ quien cumplió con los requisitos académicos con las exigencias establecidas en los Reglamentos de la Institución y con las normas legales y le otorgó el Diploma No. 9632 que lo acredita como PROFESIONAL

para lo cual recibió: _____

calificado como _____ en fe de lo anterior se firma la presente acta en la ciudad de TUNJA a los 14 días del mes de DICIEMBRE de 2012

por quienes en este graduación intervinieron.

Libro de Registro No. 16
Folio No. 4894
Registro No. 9748

El original de la presente Acta, se encuentra firmado por el Presidente, Consejo Directivo, Rector, Secretario General y Decano de la Facultad.

Es fiel copia tomada del original.

SECRETARIO GENERAL

REPÚBLICA 'umai ARGENTINA

Universidad
Maimónides

*Facultad de Ciencias de la Salud*

*El Vicerrector de la Universidad y la Vicedecana de la Facultad*

*Por cuanto, Aleyda Carolina Gomez Niño (DNI Nro 95.677.535) natural de la República de Colombia, ha finalizado el 4 de marzo de 2020 los estudios correspondientes a la carrera de Especialización en Psiquiatría.*

*Por tanto, de acuerdo con lo dispuesto en las normas legales vigentes, le expiden el presente título de Especialista en Psiquiatría.*

*Buenos Aires, 7 de mayo de 2021*

GRADUADA

ABOG. MARÍA ANDREA ROMERO
SECRETARIA ACADEMICA
UNIVERSIDAD MAIMÓNIDES

DRA. JULIA MARSIK
VICEDECANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DR. LEONARDO D. VITALO
VICERRECTOR DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA
UNIVERSIDAD MAIMÓNIDES

Con reconocimiento del Ministerio de Nivel Superior de Educación, según corresponde otorgado en el artículo del diario (D. 2010-000 APN-DNGU#MECCYT)

RESOLUCIÓN MINISTERIAL Nº 1810/13

Escaneado con CamScanner

Secretaría de Políticas Universitarias

GOMEZ NIÑO, ALEYDA CAROLINA
DNI 95877535
UM - Especialista en Psicología

Diploma

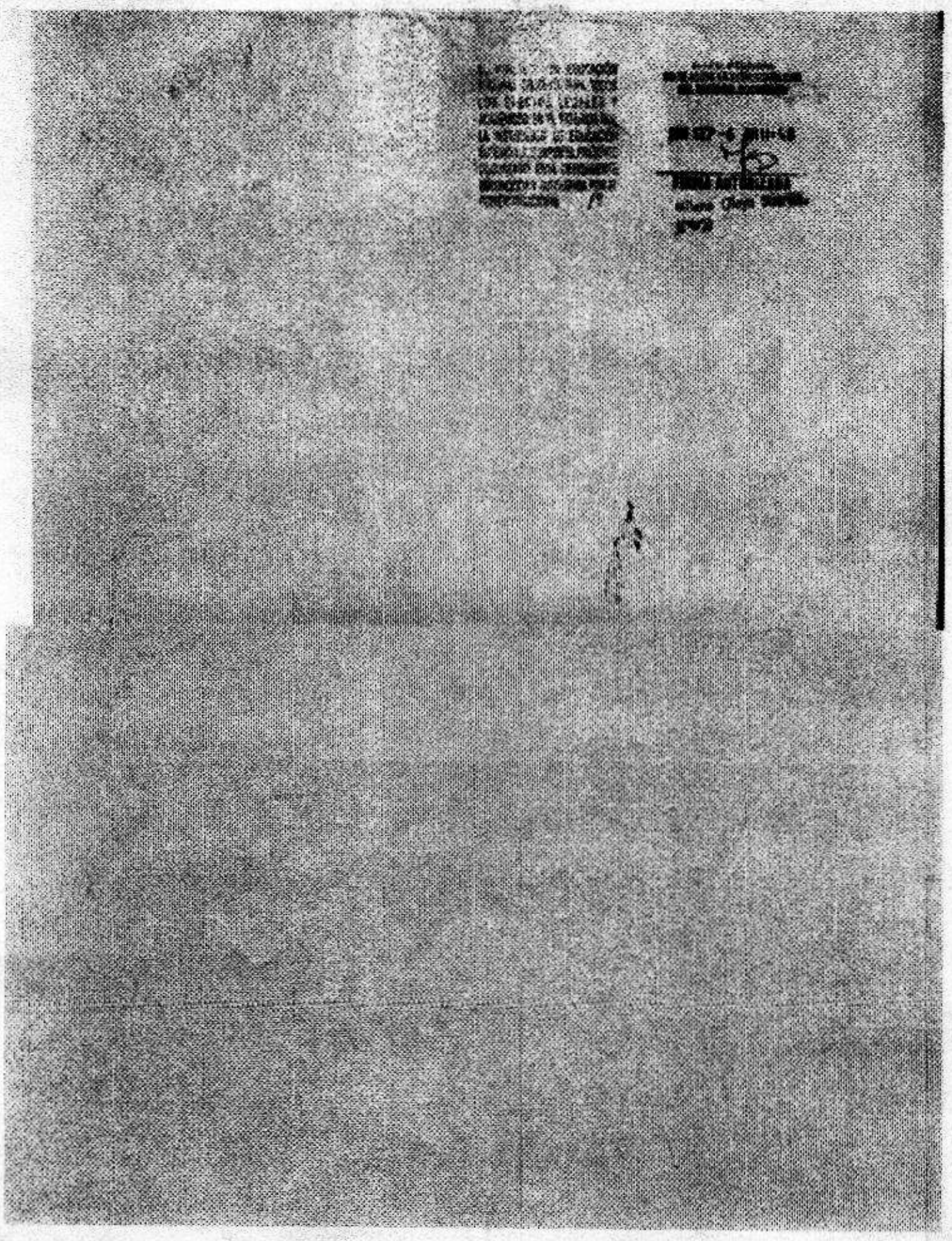
Ministerio de Educación
Argentina

00000488044

Abog. María Andrea Romé
Secretaria Académica
Universidad Maimónides

216715 038235

Escaneado con CamScanner



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2021 - Año de Homenaje al Premio Nobel de Medicina Dr. César Milstein

**Apostilla de La Haya**

**Número:** CE-2021-66550591-APN-DTD#JGM

CIUDAD DE BUENOS AIRES
Viernes 23 de Julio de 2021

**Referencia:** Apostilla. Verificar en| Verify at| Vérifier sur: www.argentina.gob.ar/legalizacion-internacional

| APOSTILLE (Convention de la Haye du 5 de octubre 1961) | |
|---|---|
| 1. País /Country /Pays: ARGENTINA | |
| El presente documento público /This public document /Le présent acte public | |
| 2. Ha sido firmado por /Has been signed by /A été signé par: MIA VAZQUEZ - FIRMA DIGITAL | |
| 3. Quien actúa en calidad de /Acting in the capacity of /Agissant en qualité de: FUNCIONARIO HABILITANTE | |
| 4. Y está revestido del sello/timbre de /Bears the seal/stamp of /Est revêtu du sceau/timbre de: MINISTERIO DE EDUCACION | |
| **Certificado** /Certified / Attesté | |
| 5. En /At /A: CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES | 6. El día /The /Le: 23/07/2021 |
| 7. Por /By /Par: Colegio de Escribanos de la Ciudad de Buenos Aires | |
| 8. Bajo el Número /Nº /Sous Nº: 2107/5038235 | 9. Sello/Timbre /Seal/Stamp /Sceau/Timbre: 300 |
| 10. Firma /Signature /Signature: BENFIELD VIRGINIA JUDITH | |

Esta Apostilla certifica únicamente la autenticidad de la firma, la calidad en que el signatario del documento haya actuado y, en su caso, la identidad del sello o timbre del que el documento público azul revestido.
Esta Apostilla no certifica el contenido del documento para el cual se expidió. No es válida si es que la misma en la República Argentina.
This Apostille only certifies the authenticity of the signature and the capacity of the person who has signed the public document, and, where appropriate, the identity of the seal or stamp which the public document bears. This Apostille does not certify the content of the document for which it was issued. This Apostille is not valid for use anywhere within Republica Argentina.
Cette apostille atteste uniquement la véracité de la signature, la qualité en laquelle le signataire de l'acte a agi et, le cas échéant, l'identité du sceau ou timbre dont cet acte public est revêtu. Cette apostille ne certifie pas le contenu de l'acte pour lequel elle a été émise. L'apostille n'est pas valable dans Argentina.

**Tipo de documento apostillado** /Type of document /Type de document: TITULO
**Titular** /Holder /Titulaire: ALEYDA CAROLINA GOMEZ NIÑO
**Observaciones** /Observations / Observations:

Digitally signed by Gestion Documental Electronica
Date: 2021.07.23 14:08:49 -03:00

CUELLO PATRICIA ALEJANDRA CUELLO PATRICIA ALEJANDRA
en representación de
COLEGIO DE ESCRIBANOS - 30526499456

Digitally signed by BENFIELD Virginia Judith
Date: 2021.07.23 14:11:42 ART
Location: Ciudad Autónoma de Buenos Aires

VIRGINIA JUDITH BENFIELD
27178400474

Digitally signed by Gestion Documental Electronica
Date: 2021.07.23 14:11:48 -03:00

Escaneado con CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

RESOLUCIÓN No.

**021669 17 NOV 2021**

Por medio de la cual se resuelve una solicitud de convalidación

**EL SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR** en ejercicio de sus atribuciones legales y en especial las que le confiere el artículo 29 del Decreto 5012 de 2009 y la Resolución No 017562 del 31 de diciembre de 2019

**CONSIDERANDO**

Que ALEYDA CAROLINA GOMEZ NIÑO, ciudadana colombiana, identificada con cédula de ciudadanía No. 1057545502, presentó para su convalidación el título de ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA, otorgado el 7 de mayo de 2021, por la institución de educación superior UNIVERSIDAD MAIMÓNIDES, ARGENTINA, mediante solicitud radicada en el Ministerio de Educación Nacional con el No. 2021-EE-307907.

Que la convalicante aporta el título de MÉDICA CIRUJANA, otorgado el 14 de diciembre de 2012, por la UNIVERSIDAD DE BOYACÁ, COLOMBIA.

Que de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 5012 de 2009, 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 24°, parágrafo 4. de la Resolución 10687 del 09 de octubre de 2019, para efectos de la convalidación de títulos en el área de la salud, establece: "La solicitud de convalidación de títulos de pregrado y posgrado del área de la salud se surtirá exclusivamente bajo el criterio de evaluación académica ..".

Que en virtud de los artículos 17 y 18 de la Resolución 10687 del 09 de octubre de 2019 uno de los criterios aplicables para efectos de la convalidación de títulos de educación superior otorgados por instituciones extranjeras, es el de Evaluación Académica. En el referido precepto normativo se lee lo siguiente: "Criterio aplicable al proceso de convalidación, mediante el cual la Comisión Nacional Intersectorial de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior - CONACES o el órgano evaluador que el Ministerio de Educación Nacional designe para el efecto, estudia, valora y emite un concepto sobre la formación académica adquirida en el exterior por el solicitante, con relación a los programas ofertados en el territorio nacional que permita o niegue la convalidación del título." (...) "El presente criterio tiene como finalidad estudiar, valorar y emitir un concepto sobre la formación académica adquirida en el exterior por el solicitante, con relación a los programas ofertados en el territorio nacional, que permitan o nieguen la convalidación del título, a través de un análisis técnico integral, en el que se evalúan aspectos como: i) contenidos, ii) carga horaria del programa académico, iii) duración de los periodos académicos y iv) modalidad. (...) La evaluación académica también resulta procedente para: i) determinar con certeza el nivel académico o de la formación obtenida; ii) establecer la denominación del título a convalidar; iii) establecer el área y núcleo básico del conocimiento, de acuerdo con la clasificación establecida en el Sistema Nacional de Información de Educación Superior - SNIES o el que haga sus veces; iv) aclarar evaluaciones académicas, anteriores o presentes, que sean contrarias respecto de títulos con la misma denominación; o v) establecer la existencia de diferencias o similitudes entre títulos obtenidos

por un mismo solictante, en virtud de programas que otorguen doble titulación del mismo nivel de formación."

Que el día 12 de octubre de 2021 los estudios fueron evaluados por la Comisión Nacional Intersectorial para el Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior - CONACES, la cual emitió concepto favorable, señalando que el título obtenido es reconocido como 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 mayo de 2021, por la institución de educación superior UNIVERSIDAD MAIMÓNIDES, ARGENTINA, a ALEYDA CAROLINA GOMEZ NIÑO, ciudadana colombiana, identificada con cédula de ciudadanía No. 1057545502, 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 convalidación a cargo del Ministerio de Educación Nacional y la autorización para el ejercicio profesional a cargo de los Colegios o Agremiaciones Profesionales corresponden a trámites de diferente naturaleza, el primero, orientado al reconocimiento de efectos académicos de un título de educación superior conferido en el exterior y el segundo, referido a la inscripción del profesional en los registros públicos mediante los cuales se le habilita para su ejercicio profesional, en consecuencia, la decisión de convalidar un título no conlleva la autorización para el ejercicio profesional.

ARTÍCULO TERCERO. - La presente resolución rige a partir de la fecha de su notificación y contra la misma proceden los recursos de reposición y apelación, los cuales deberán ser interpuestos en la diligencia de notificación personal o dentro de los diez (10) días siguientes a ella o a la notificación por aviso al tenor de lo dispuesto en el artículo 76 de la ley 1437 de 2011.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE**

Dada en Bogotá D. C.

**EL SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR**

**GERMÁN ALIRIO CORDÓN GUAYAMBUCO**

**Proyectó: María De Los Angeles Mancera Bautista - 4 de noviembre de 2021**
**Revisó: Beatriz Elena Arias Lanzziano**
**Aprobó: GERMÁN ALIRIO CORDÓN GUAYAMBUCO**

# ICARO APH SAS

**NIT: 900594014-6**

**Res. 0142 – 18 de Enero de 2024**

CERTIFICA QUE

## ALEYDA CAROLINA GÓMEZ NIÑO

Identificación C.C Nº 1.057.545.502

Aprobó satisfactoriamente todos los objetivos del

## CURSO SOPORTE VITAL BASICO - SVB

Intensidad horaria: 48 horas Téorico - Practico

**CRISTIAN FERNEY HEREDIA ALBA**
CEO ICARO APH S.A.S
MEDICO ESP SALUD OCUPACIONAL
REG MED: 15367/2013
RES. S.O. 2936/25

*Realizado en el mes de Agosto de 2026*

*Registrado en Libro No: 002* *Folio No: 017* *Bajo el No: SVB -036* *Valido hasta: 08/2028*

# CURSO SOPORTE VITAL BASICO SVB

**CONTENIDO MÍNIMO DEL CURSO**

**Apartado 1:** FUNDAMENTOS DE SVB PARA ADULTOS
**Apartado 2:** VALORACION INICIAL DE PACIENTE
**Apartado 3:** ANATOMÍA BÁSICA
**Apartado 4:** SECUENCIA SVB EN ADULTOS CON UNO Y DOS REANIMADORES.
**Apartado 5:** DESFIBRILADOR EXTERNO AUTOMATICO.
**Apartado 6:** FUNDAMENTOS DE SVB PARA NIÑOS A PARTIR DE UN AÑO HASTA LA PUBERTAD.
**Apartado 7:** RCP PARA LACTANTES CON UNO Y DOS REANIMADORES
**Apartado 8:** OXIGENOTERAPIA.
**Apartado 9:** RCP CON DISPOSITIVO AVANZADO PARA LA VÍA AÉREA.
**Apartado 10:** OVACE.
**Apartado 11:** CONTENCIÓN DE HEMORRAGIAS
**Apartado 12:** INMOVILIZACIÓN Y TRASPORTE DE HERIDOS


Icaro.aph@Facebook.com.

Icaroaphsas@gmail.com

Cel.: 3164666954

C.C Plaza Real oficina 240




# ICARO APH SAS

**NIT: 900594014-6**

**Res. 0142 – 18 de Enero de 2024**

CERTIFICA QUE

## ALEYDA CAROLINA GÓMEZ NIÑO

Identificación C.C *1.057.545.502*

Aprobó satisfactoriamente todos los objetivos del

## *CURSO SOPORTE VITAL AVANZADO – SVA*

Intensidad horaria: 48 horas Teórico - Practico

***CRISTIAN FERNEY HEREDIA ALBA***
CEO ICARO APH S.A.S
MEDICO ESP SALUD OCUPACIONAL
REG MED: 15367/2013 - RES. S.O. 2936/25

*Realizado en el mes de Agosto del 2026*

*Registrado en Libro No: 002* *Folio No: 011* *Bajo el No: SVA -098* *Valido hasta: 08/2028*

# CURSO SOPORTE VITAL AVANZADO SVA

**CONTENIDO MÍNIMO DEL CURSO**

**Apartado 1:** RCP BÁSICO Y AVANZADO EN EL ADULTO, NIÑO Y LACTANTE.
**Apartado 2:** DESOBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA.
**Apartado 3:** DESFIBRILACIÓN AUTOMÁTICA EXTERNA Y MANEJO DEL DESFIBRILADOR MANUAL.
**Apartado 4:** MANEJO AVANZADO DE LA VÍA AÉREA, TÉCNICAS DE VENTILACIÓN Y OXIGENACIÓN.
**Apartado 5:** MANIOBRAS BÁSICAS Y AVANZADAS DE REANIMACIÓN EN EL PARO RESIRATORIO.
**Apartado 6:** MANEJO Y VISUALIZACIÓN DE LAS ARRITMIAS MÁS COMUNES, ANTES Y DESPUÉS DEL PARO CARDÍACO.
**Apartado 7:** APLICACIÓN DE LA CARDIOVERSIÓN.
**Apartado 8:** ATAQUE CEREBROVASCULAR.
**Apartado 9:** SÍNDROME CORONARIO AGUDO.
**Apartado 10:** FARMACOLOGÍA Y USO DE MEDICAMENTOS PARA IMPLEMENTACIÓN DE LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR.


Icaro.aph@Facebook.com.
Icaroaphsas@gmail.com
Cel.: 3164666954
Telefax: (8) 7401795
C.C Plaza Real Oficina 240 Tunja




FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

# INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901544869-6*

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

## *Hace Constar que:*

# *Aleyda Carolina Gómez Niño*

## *CC 1057545502 de Soatá - Boyacá*

Realizó y aprobó el Curso de Acompañamiento en Proceso de Duelo con Énfasis en Terapia Emocional
Resolución 3280 / 2018 y Resolución 2632 / 2024
con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-08-26
Fecha de vencimiento: 2028-08-26

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

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

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermeria
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

**INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO**

*NIT. 901544869-6*

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

# *Hace Constar que:*

# *Aleyda Carolina Gómez Niño*

## *CC 1057545502 de Soatá - Boyacá*

Realizó y aprobó el Curso de Programa de Acción Mundial para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP)
con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-11-20
Fecha de vencimiento: 2027-11-20

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

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

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

# ICARO APH SAS

**NIT: 900594014-6**

**Res. 0142 – 18 de Enero de 2024**

## CERTIFICA QUE

# ALEYDA CAROLINA GÓMEZ NIÑO

Identificación C.C *No 1.057.545.502*

Aprobó satisfactoriamente todos los objetivos del

***CURSO ATENCIÓN A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GENERO***

Intensidad horaria: 48 horas

***CRISTIAN FERNEY HEREDIA ALBA***
CEO ICARO APH SAS
MEDICO ESP SALUD OCUPACIONAL
REG MED: 15367/2013
RES. S.O. 2936/25

*Realizado en el mes de Agosto del 2026*

*Registrado en Libro No: 002* *Folio No: 033* *Bajo el No: AVISE-051* *Valido hasta: 08/2028*

# CURSO ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

**CONTENIDO MÍNIMO DEL CURSO**

**Apartado 1:** PROTOCOLO DE ATENCION INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL.
**Apartado 2:** MITOS O FALSAS CREENCIAS ACERCA DEL ABUSO SEXUAL.
**Apartado 3:** SIGNOS, SINTOMAS Y FACTORES DE RIESGO QUE ALERTAN SOSPECHAS DE SITUACIONES DE VIOLENCIA SEXUAL.
**Apartado 4:** CARACTERISTICAS INTERPERSONALES REQUERIDAS EN EL PERSONAL DE SALUD, QUE REALIZA LA ATENCION INICIAL DE LA URGENCIA MEDICA POR VIOLENCIA SEXUAL.
**Apartado 5:** PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS.
**Apartado 6:** CADENA DE CUSTODIA.
**Apartado 7:** EMBALAJE.
**Apartado 8:** RUTA DE DENUNCIA.


Icaro.aph@Facebook.com.

Icaroaphsas@gmail.com

Cel.: 3164666954

C.C Plaza Real Oficina 240 Tunja




FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud Ministerio de Salud y Protección Social

## INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901544869-6*

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

# *Hace Constar que:*

# *Aleyda Carolina Gómez Niño*

## *CC 1057545502 de Soatá - Boyacá*

Realizó y aprobó el Curso de Abordaje Integral en el Consumo de Sustancias Psicoactivas con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-08-24
Fecha de vencimiento: 2028-08-24

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

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

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermeria
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

# San Vicente Fundación

Conforme a lo establecido en la Resolución 3100 de noviembre de 2019 y en cumplimiento de las directrices definidas por el INS en la Resolución 0156 de 2021, hace constar que:

**Aleyda Carolina Gomez Niño**
**Número de identificación 1057545502**

Logró los objetivos trazados y cumplió con las 30 horas obligatorias del curso.

**Cuidado del donante**

Expedido en Medellín junio 5 de 2025

Catalina E.

Catalina Escobar Borja
Jefe E. de Gestión del Conocimiento
San Vicente Fundación

HOSPITAL SAN VICENTE FUNDACIÓN

mipg | modelo integrado de planeación y gestión

El servicio público es de todos | Función Pública

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

# ALEYDA CAROLINA GOMEZ NIÑO

C.C 1.057.545.502

Participó y completó con éxito el Módulo de Fundamentos Generales del curso virtual del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG

**MIPG VERSIÓN II (2021)**

Bogotá D.C., 13 de octubre 2022

María del Pilar García González
Directora de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 7616069082208

Fundamentos Generales | Talento Humano | Direccionamiento estratégico | Gestión con valores para resultados | Evaluación de resultados | Información y comunicación | Gestión del conocimiento | Control interno

FUNCIÓN PÚBLICA

**Verificados los resultados del participante en el curso virtual**

**Función Pública certifica que:**

# ALEYDA CAROLINA GOMEZ NIÑO

C.C 1.057.545.502

Participó y completó el curso virtual:

**Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.**

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 13 de octubre 2022

Código: 761607068000

**Armando López**

Director de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano (e)

DAFP-ESCUELA-CNSC

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

**INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO**

*NIT. 901544869-6*

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

# *Certifica*

# *Aleyda Carolina Gómez Niño*

## *CC 1057545502 de Soatá - Boyacá*

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

Verificación:

Fecha de emisión: 2024-12-20
Fecha de vencimiento: 2026-12-20

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

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

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

**SERVICIOS INTEGRALES DE REHABILITACIÓN EN BOYACÁ LIMITADA**
**SIREB LTDA.**

**CERTIFICA**

Que la profesional en medicina especialista en psiquiatria **ALEYDA CAROLINA GOMEZ NIÑO,** identificada con cédula de ciudadanía No. 1.057.545.502 expedida en Soata - Boyacá prestó sus servicios en esta institución, bajo las siguientes condiciones:

| | |
|---|---|
| **Cargo:** | Médico Especialista en Psiquiatria. |
| **Funciones:** | Inherentes al cargo. |
| **Tipo de vinculación actual:** | Contrato de Prestación de Servicios Personales por Evento. |
| **Descripción de contratos:** | Desde el mes de marzo del 2022 con los siguientes contratos: Contrato N°001 de fecha 01 de marzo del 2022 con una duración aproximada de 12 meses. Contrato N°002 de fecha 01 de abril del 2023 con una duración aproximada de 12 meses.Contrato N°003 de fecha 02 de mayo del 2024 con una duración aproximada de 12 meses.Contrato N°004 de fecha 02 de mayo del 2025 con una duración aproximada de 1 a 12 meses. Contrato finalizado por carta de renuncia de la profesional a fecha del 09 de mayo del 2026. |

4 años

Se expide la presente certificación por solicitud escrita de la ex contratista, en la ciudad de Sogamoso, a los veinte (20) días del mes de agosto del año dos mil veintiséis (2026).

Cordialmente,

SIREB LTDA
NIT. 826.000.261 - 2

***CARMEN A. GAITAN S.***
***Gerente SIREB Ltda.***
***Nit. 826000261 – 2.***

***Recibido***

**CERTIFICACION LABORAL DOCENTE**



**LA SUSCRITA VICERRECTORA ACADÉMICA DE LA UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA**
**NIT 891.800.330-1**

**HACE CONSTAR:**

Que revisada la hoja de vida de la profesora **ALEYDA CAROLINA GÓMEZ NIÑO**, identificada con cédula de ciudadania No 1.057.545.502, expedida en Soata (Boyacá), se encontraron los siguientes actos administrativos de vinculación con la Institución:

Mediante Resolución No. 1473 del 07 de febrero de 2025, la información fue tomada del Sistema SIRD, (Sistema de Información de Registro Docente), se vinculó como docente ocasional medio tiempo a término definido, adscrito a la Vicerrectoría Académica para prestar sus servicios en la Facultad Ciencias de la Salud, Programa Medicina, a partir del 10 de febrero y hasta el 19 de junio de 2025.

Mediante Resolución No. 1450 del 09 de febrero de 2026, la información fue tomada del Sistema SIRD, (Sistema de Información de Registro Docente), se vinculó como docente ocasional medio tiempo a término definido, adscrito a la Vicerrectoría Académica para prestar sus servicios en la Facultad Ciencias de la Salud, Programa Medicina, a partir del 02 de marzo y hasta el 26 de junio de 2026.

**RESPONSABILIDADES Y FUNCIONES DE LOS DOCENTES OCASIONALES**

Las responsabilidades de los docentes, se encuentran estipuladas en el Artículo 62, del Acuerdo No. 021, del 12 de marzo de 1993, además de las funciones académicas relativas a la docencia investigación y/o extensión o actividades académico administrativas, las cuales quedarán expresamente registradas en el Plan de Trabajo Académico PTA.

En los eventos de suspensión académica del semestre por parte del Consejo Académico de la Universidad o por motivos de fuerza mayor que impidan el desarrollo de las actividades; los docentes ocasionales desarrollan actividades de investigación y/o extensión, ajustes curriculares, autoevaluación, acreditación institucional o aquellas inherentes a sus funciones, previa planeación realizada por el respectivo Director de Escuela.

La presente certificación, se expide a solicitud de la interesada, en la ciudad de Tunja, a los veinticinco (25) días del mes de agosto del año 2026.

Estamos a su disposición para confirmar la anterior información, en el celular 3213451027 o en el correo electrónico nelly.fonseca01@uptc.edu.co

**RUTH MARIBEL FORERO CASTRO**
**Vicerrectora Académica**

Proyectó: Nelly Isabel Fonseca Echeverría CPD y AP
Revisó: Edwin Moncada Vila, Secretario Técnico CPD y AP

# 20260820-CERTIFICACION LABORAL ALEYDA GOMEZ

Final Audit Report 2026-08-21

| | |
|---|---|
| Created: | 2026-08-20 |
| By: | Gerencia Sireb Ltda. (gerencia@sirebltda.com.co) |
| Status: | Signed |
| Transaction ID: | CBJCHBCAABAATVobM2J_KuhmmdIFF0FiDiUMyP_y4KyY |

## "20260820-CERTIFICACION LABORAL ALEYDA GOMEZ" History

Document created by Gerencia Sireb Ltda. (gerencia@sirebltda.com.co)
2026-08-20 - 9:09:58 PM GMT

Document emailed to ALEYDA GOMEZ (medicacarolinagomez@gmail.com) for signature
2026-08-20 - 9:10:02 PM GMT

Email viewed by ALEYDA GOMEZ (medicacarolinagomez@gmail.com)
2026-08-21 - 12:15:15 PM GMT

Document e-signed by ALEYDA GOMEZ (medicacarolinagomez@gmail.com)
Signature Date: 2026-08-21 - 12:16:12 PM GMT - Time Source: server - Signature Appearance Selected: MOBILE_IMAGE

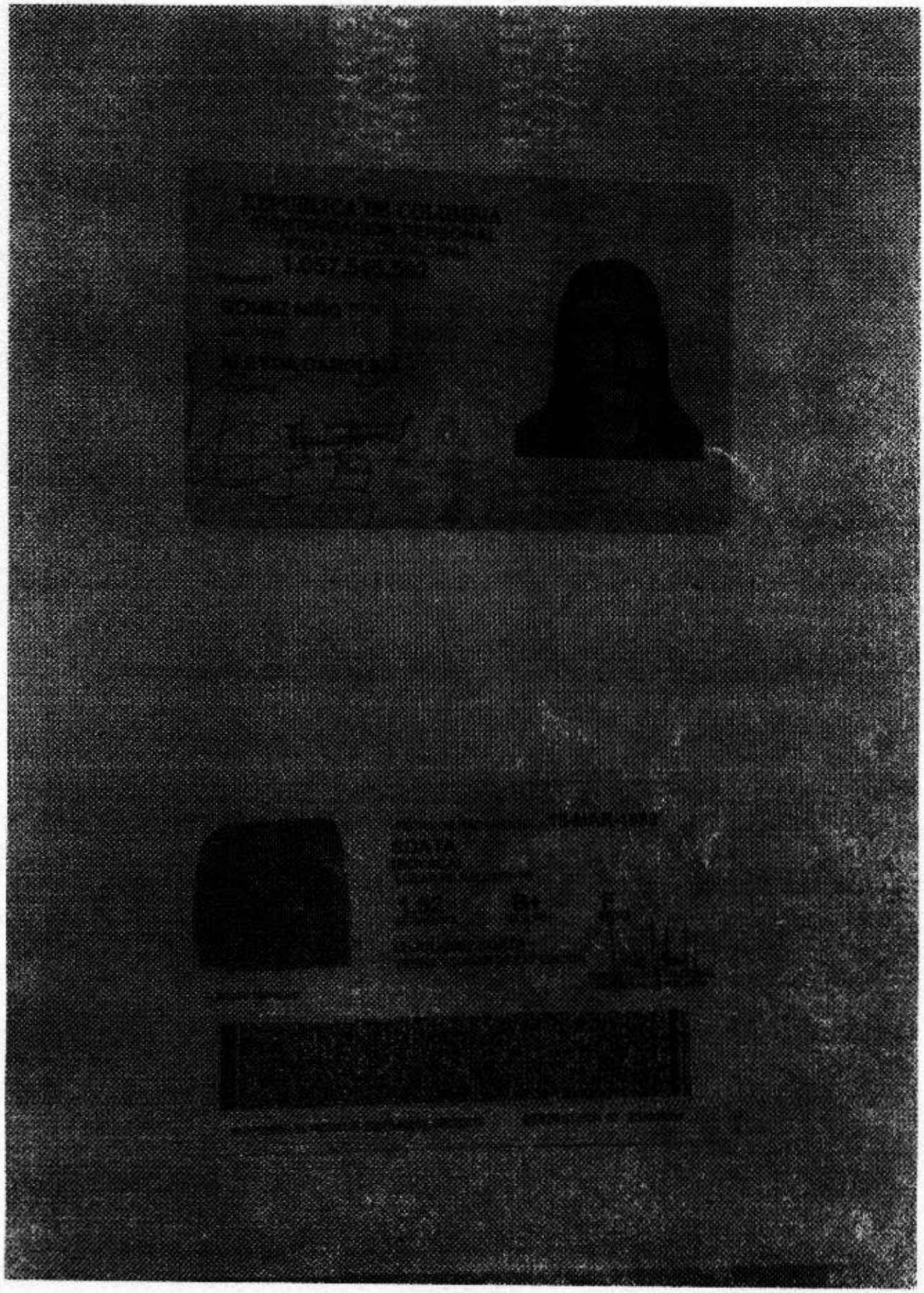
Document emailed to Gerencia Sireb Ltda. (gerencia@sirebltda.com.co) for signature
2026-08-21 - 12:16:14 PM GMT

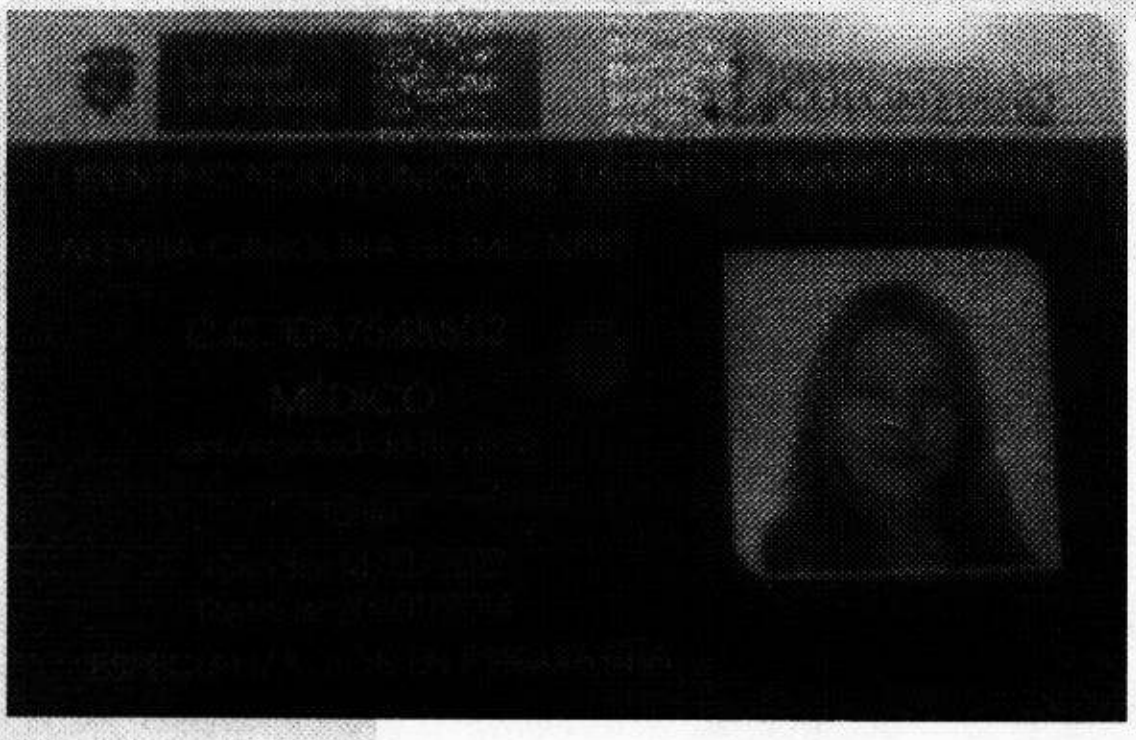
Email viewed by Gerencia Sireb Ltda. (gerencia@sirebltda.com.co)
2026-08-21 - 9:23:17 PM GMT

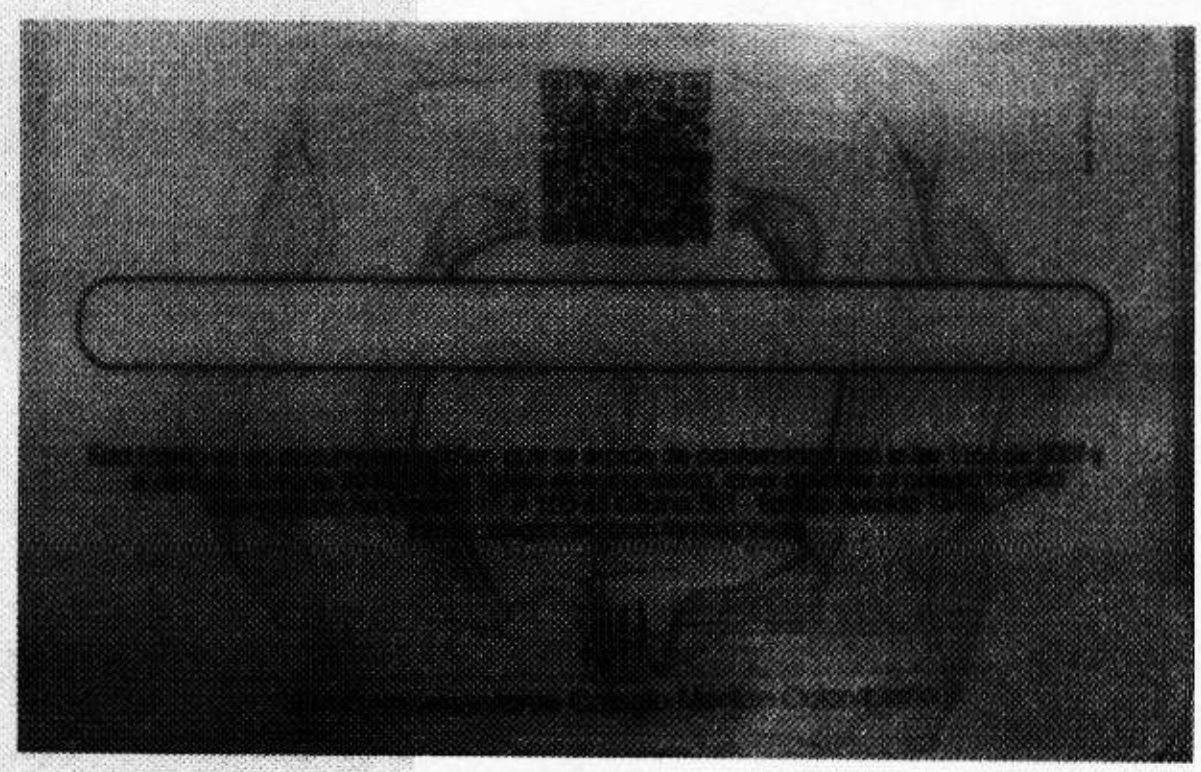
Document e-signed by Gerencia Sireb Ltda. (gerencia@sirebltda.com.co)
Signature Date: 2026-08-21 - 9:23:51 PM GMT - Time Source: server - Signature Appearance Selected: IMAGE

Agreement completed.
2026-08-21 - 9:23:51 PM GMT

Adobe Acrobat Sign







[redacted]

## ReTHUS

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

**Tipo de Identificación ***

Cédula de Ciudadanía

**Número de Identificación ***

1057545502

**Primer Nombre ***

Aleyda

**Primer Apellido ***

Gomez

**Confirme los números de la Imagen ***



Cambiar

5304

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General - 2022-01-13 - 4:04:08 PM

| Tipo Identificacion | Nro Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación | Detalles |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1057545502 | ALEYDA | CAROLINA | GOMEZ | NIÑO | Vigente | Ver |

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) ALEYDA CAROLINA GOMEZ NIÑO identificado(a) con CC 1057545502 registra La siguiente información.

2022-01-13 - 4:04:08 PM

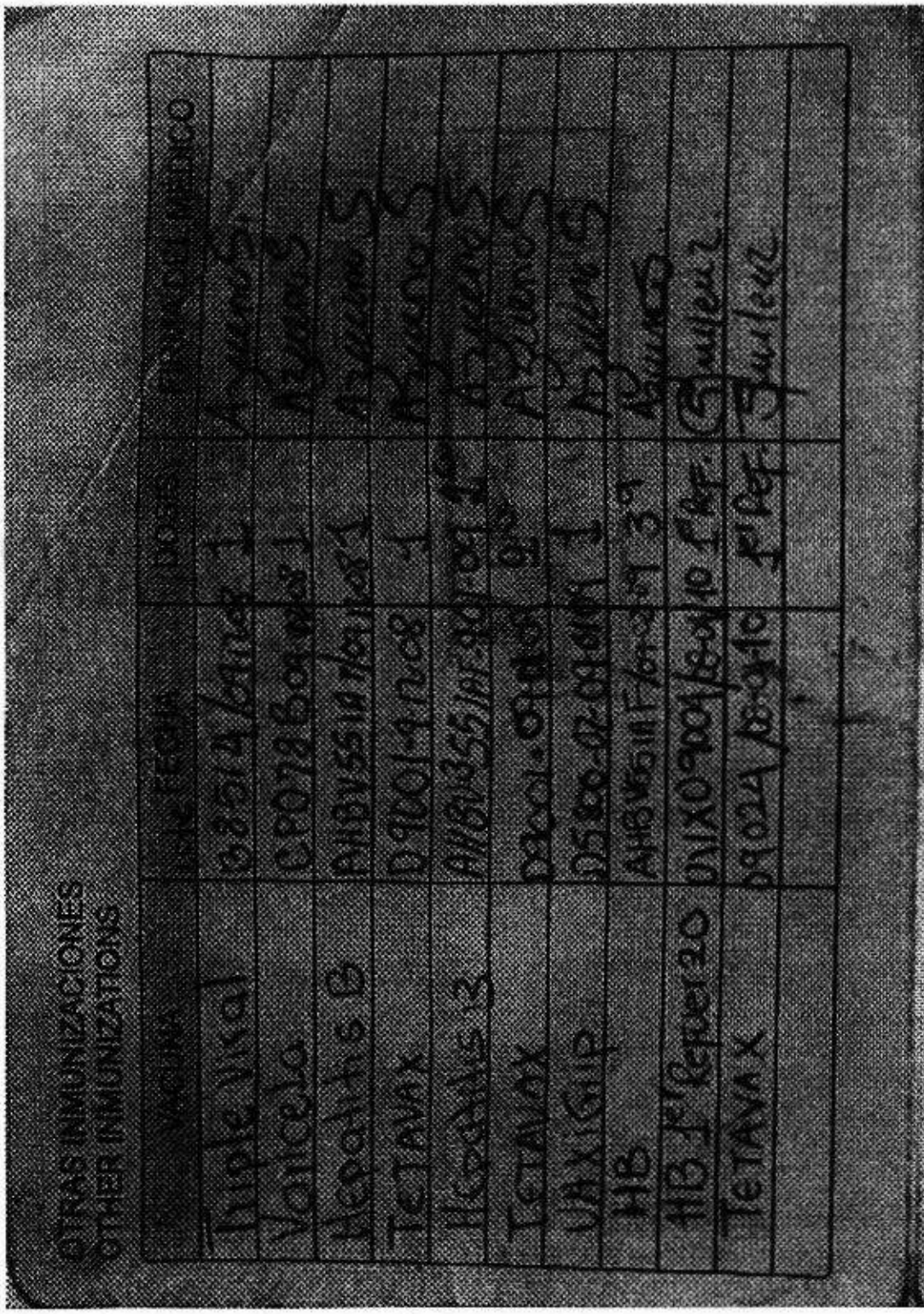
Información Academica

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| ESP | Extranjero | Psiquiatria | 2021-11-17 | 94498 | COLEGIO MEDICO COLOMBIANO |
| UNV | Local | MEDICINA | 2014-01-20 | 52 | COLEGIO MEDICO COLOMBIANO |

Datos SSO

| Tipo Prestación | Tipo Lugar Prestación | Lugar Prestación | Fecha Inicio | Fecha Fin | Modalidad Prestación | Programa Prestación | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Presto SSO | Local | COLOMBIA\|BOYACÁ\|TURMEQUE | 2013-01-02 | 2014-01-01 | Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada | Medicina | COLEGIO MEDICO COLOMBIANO |

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 confirmar 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)



OTRAS INMUNIZACIONES
OTHER INMUNIZATIONS

| VACUNA | FECHA | LOTE | FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO |
|---|---|---|---|
| Triple Viral | 22/04/2022 | A2205221 | |
| Varicela | 08/08/2022 | A2208211 | |
| Hepatitis B | 01/09/2022 | A2209215 | |
| TETAVAX | 01/09/2022 | A2209215 | |
| ILEVAIRIS 3 | 01/09/2022 | A2209215 | |
| TETAVAX | 06/10/2022 | A2210215 | |
| VARIGUP | 05/12/2022 | A2212215 | |
| HB | 14/12/2022 | A2212215 | |
| HB Refuerzo | 01/02/2023 | A2302215 | |
| TETAVAX | 01/02/2023 | A2302215 | |

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
WORLD HEALTH ORGANIZATION

# CERTIFICADO INTERNACIONAL DE VACUNACION
# INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACUNATION

Nombre del Viajero *(Name)*

Alejda Carolina Gomez Niño

Dirección *(Address)*

Cra 2 # 47-92

| Ciudad *(City)* | Departamento *(State)* | País *(Country)* |
|---|---|---|
| Tunja | Boyacá | Colombia |

Documento de Identidad *(I.D.)*

1057.593.502 de Soatá

CRUZ ROJA COLOMBIANA
República de Colombia

# CERTIFICADO INTERNACIONAL DE VACUNACION
# CONTRA LA FIEBRE AMARILLA
# INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACUNATION
# AGAINST YELLOW FEVER

Certifico que: / This certify that: Meyda Carolina Gomez

Sexo: / Sex: Femenino

Cuya firma aparece enseguida: / Whose signature follows: [signature]

Fecha de nacimiento: / Date of birth: 08-03-81

Ha sido en la fecha indicada, vacunado(a) o revacunado(a) contra fiebre amarilla.
Has on the date indicated been vaccinated or revaccinated againts yellow fever.

| Fecha / Date | Firma, profesión y dirección del vacunador / Signature, professional status and adress of vaccinator | Fabricante y N°. de lote / Manufacturer and batch number of vaccine | Sello oficial del Centro de Vacunación / Official stamp of Vaccinating Center |
|---|---|---|---|
| 04 11 08 | Jaime Azuero Salinas | B5285-B Cruz Roja Seccional Boyacá VACUNACION | |

Centro de vacunación: / Vaccinating Center: Cruz Roja Colombiana - Seccional Boyacá

Dirección: / Address:

Ciudad: / City: Tunja

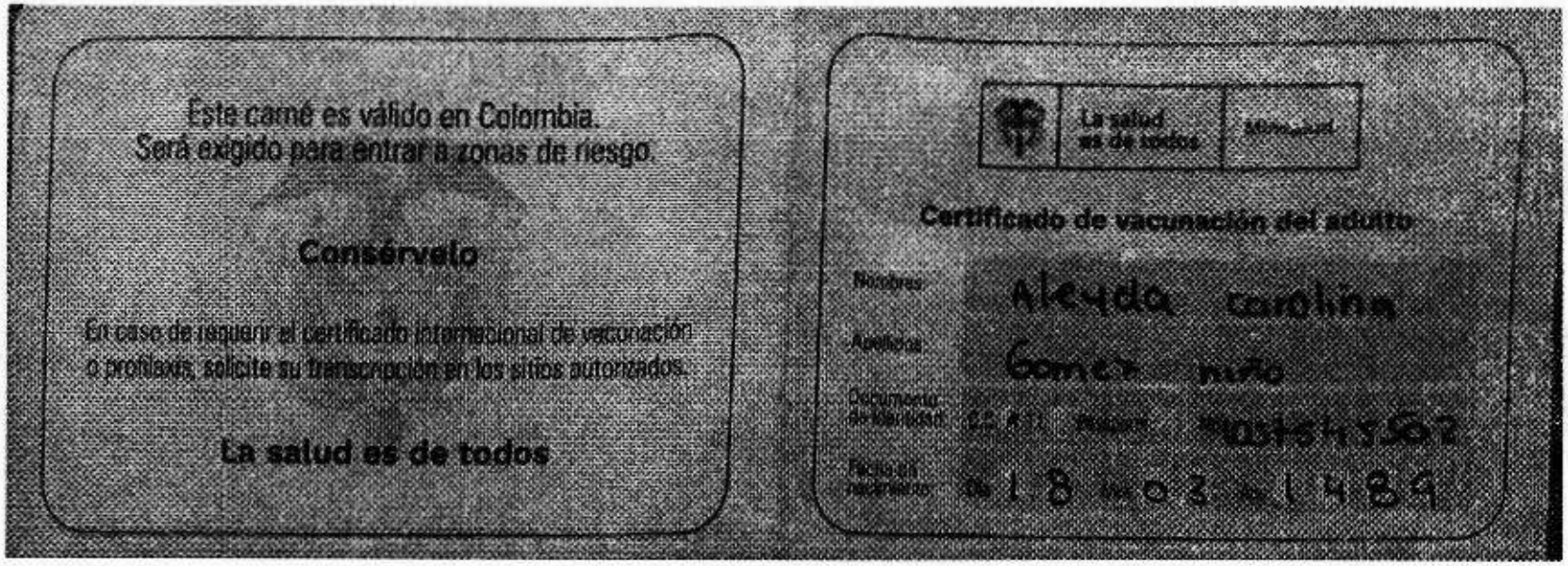
Estado o País: / State: Colombia

ESTE CERTIFICADO ES VALIDO solamente si la vacuna utilizada ha sido aprobada por la Organización Mundial de la Salud y el Centro de Vacunación ha sido habilitado por la administración sanitaria del territorio, en el cual el Centro esté situado. La validez de este certificado se extenderá por un periodo de 10 años, empezando 10 días después de la fecha de vacunación o, en caso de una revacunación, en el curso de este periodo de 10 años, desde la fecha de revacunación.

Toda corrección o enmendadura sobre este certificado o la omisión de cualquiera de una de las menciones, puede afectar su validez.

THIS CERTIFICATE IS VALID only if the vaccine used has been approved by the World Health Organization and if the Vaccinating Center has been designated by the health administration for the country in which that is situated.

Any amendment of this certificate, or erasure, or failure to complete any part of it, may render it invalid.



Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

**Consérvelo**

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

**La salud es de todos**

La salud es de todos

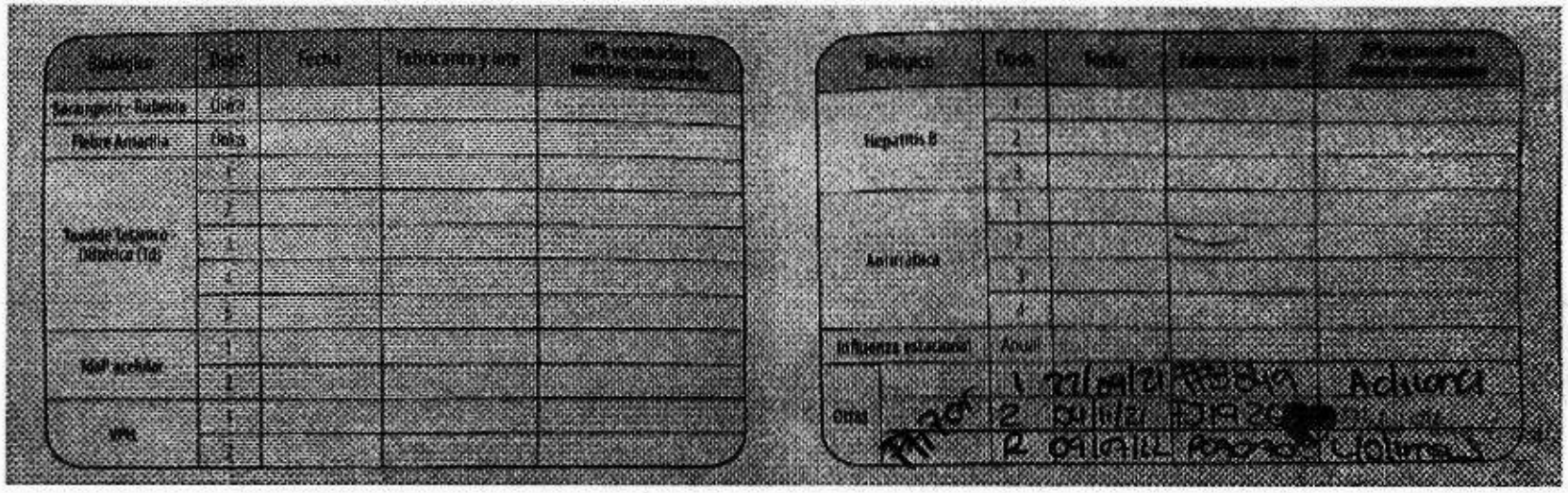
**Certificado de vacunación del adulto**

Nombres: Aleyda carolina

Apellidos: Gomez nuño

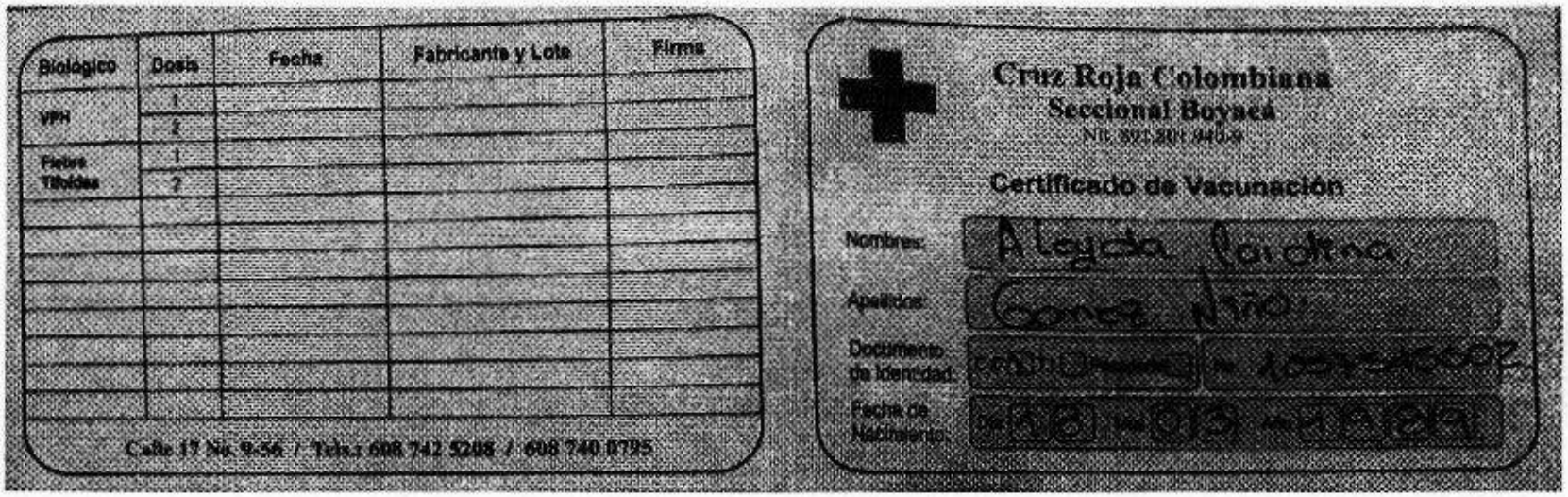
Documento de identidad: C.C. [illegible] 1057615562

Fecha de nacimiento: 18 02 1989



| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | Nº recibido / nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión - Rubéola | Única | | | |
| Fiebre Amarilla | Única | | | |
| Toxoide Tetánico - Diftérico (Td) | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | R | | | |
| | 2 | | | |
| Hepatitis B | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| Antigripal | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | R | | | |
| | 1 | | | |
| Influenza estacional | Anual | | | |
| Otras | | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | Nº recibido / nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Hepatitis B | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| Antigripal | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | R | | | |
| | 1 | | | |
| Influenza estacional | Anual | | | |
| Otras | 1 | 22/04/2020 | | Advent |
| | 2 | 21/05/2020 | | |
| | R | 21/04/2021 | | |



| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| VPH | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| Fiebre Tifoidea | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Calle 17 No. 9-36 / Tels.: 608 742 5208 / 608 740 0795

Cruz Roja Colombiana
Seccional Boyacá
Nit. 891.801.045-8

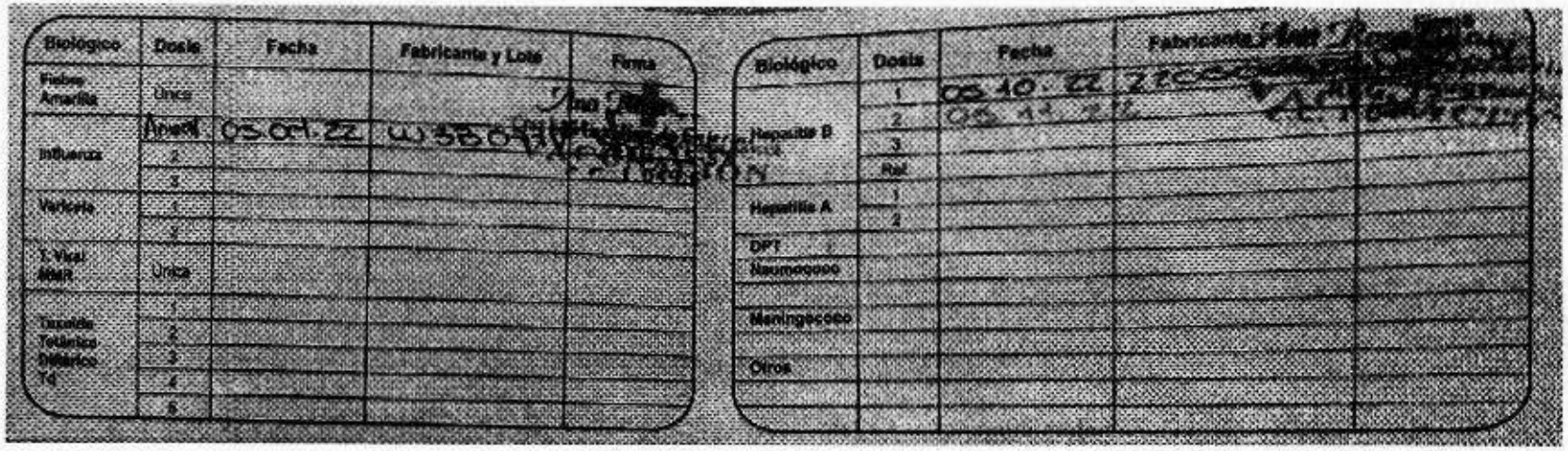
Certificado de Vacunación

Nombres: Alejandra Carolina

Apellidos: Gomez Niño

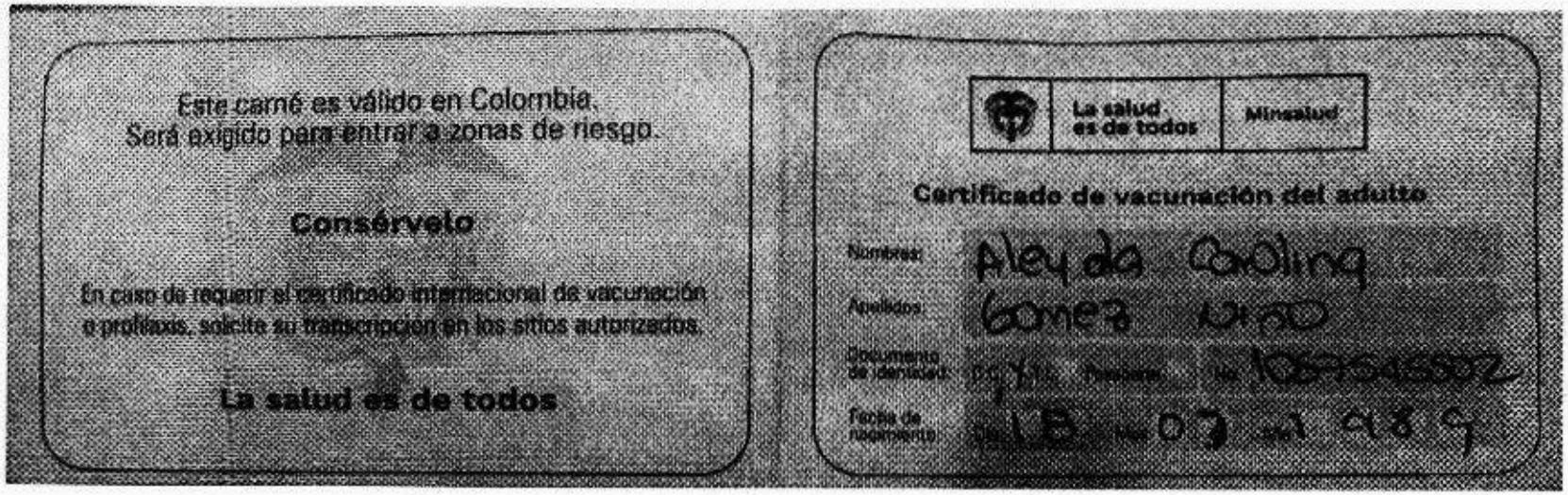
Documento de Identidad: [illegible]

Fecha de Nacimiento: [illegible]



| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Fiebre Amarilla | Unica | | | |
| Influenza | Anual | 05.oct.22 | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| Varicela | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| T. Viral MMR | Unica | | | |
| Toxoide Tetánico Diftérico Td | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote |
|---|---|---|---|
| Hepatitis B | 1 | 08.10.22 | |
| | 2 | | |
| | 3 | | |
| | Ref | | |
| Hepatitis A | 1 | | |
| | 2 | | |
| DPT | | | |
| Neumococo | | | |
| | | | |
| Meningococo | | | |
| | | | |
| Otros | | | |
| | | | |
| | | | |



Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

**Consérvelo**

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

**La salud es de todos**

La salud es de todos | Minsalud

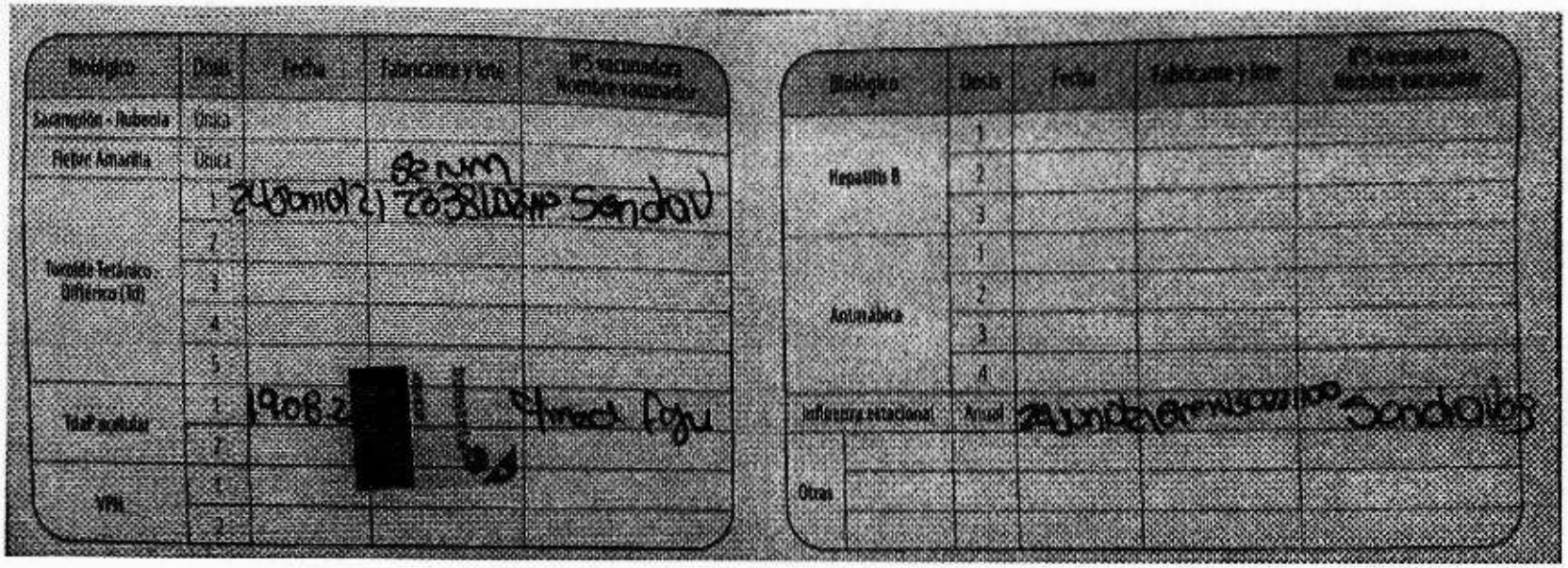
**Certificado de vacunación del adulto**

Nombres: Aleyda Gooling

Apellidos: Gomez Urso

Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte No. 1087546502

Fecha de nacimiento: 18 07 1989



| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | ID vacunador/a Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión - Rubeola | Única | | | |
| Fiebre Amarilla | Única | | | |
| Toxoides Tetánico - Diftérico (Td) | 1 | 24/03/21 | 7638 | Sandra |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| Triple viral | 1 | 19/08/2 | [redacted] | Ximena Rojas |
| | 2 | | | |
| VPH | 1 | | | |
| | 2 | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | ID vacunador/a Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Hepatitis B | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| Antirrábica | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| Influenza estacional | Anual | 22/03/21 | | Sandra |
| Otras | | | | |
| | | | | |

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto: 0 2 Actualización

4. Número de formulario: 14804940779

(415)7707212489984(8020) 000001480494077 9

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | *7. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 5 7 5 4 5 5 0 2 | 3 | Impuestos y Aduanas de Tunja | 2 0 |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 0 5 7 5 4 5 5 0 2 | |

| 28. Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Boyacá 1 5 | Suatá 7 5 3 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| GOMEZ | NIÑO | ALEYDA | CAROLINA |

35. Razón social

36. Nombre comercial | 37. Sigla

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Boyacá 1 5 | Tunja 0 0 1 |

41. Dirección principal: CL 24 6 B 64 AP 302

42. Correo electrónico: medicacarolinagomez@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 7 5 1 2 8 3 9 5 | |

## 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 2 1 | 2 0 1 5 0 6 2 2 | 8 2 9 9 | 2 0 1 5 0 6 2 2 | | | | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 4 9

49 - No responsable de IVA

### Usuarios aduaneros

54. Código

### Exportadores

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

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] | 60. No. de Folios: 0 | 61. Fecha: 2022 - 10 - 17 / 20 : 10 : 11

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: GOMEZ NIÑO ALEYDA CAROLINA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 301842100

PIB
04:38:26


Bogotá DC, 26 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) ALEYDA CAROLINA GOMEZ NIÑO identificado(a) con Cédula de ciudadania número 1057545502:

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 articulo 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 miércoles 26 de agosto de 2026, a las 04:37:09, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1057545502 |
| Código de Verificación | 10575455022608260 43709 |

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 09:29:07 AM horas del 23/09/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1057545502**

Apellidos y Nombres: **GOMEZ NIÑO ALEYDA CAROLINA**

**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 5:30 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-ato@policia.gov.co

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

## 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 09:31:44 horas del 23/09/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1057545502,** Apellidos y Nombres **GOMEZ NIÑO ALEYDA CAROLINA**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **CRIB**, con NIT **891800982-3** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

---

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

Área de Administración de Información Criminal

ENLACES DE INTERÉS

> Portal web DIJIN

> Consulta Antecedentes Judiciales

> Protección de Datos

SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES



© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

[redacted]

## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 26/08/2026 04:40:09 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1057545502** y Nombre: **ALEYDA CAROLINA GOMEZ NIÑO.**

## 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. **146395614** . 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

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 1057545502 **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 26/08/2026 04:43 AM

Código Verificación: **KAEBSLY981**

Válida hasta: **24/11/2026**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC**

# Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

**C105754550200342672**
**Codigo de verificacion**

**EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL**

**NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA**

**CERTIFICA**

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **ALEYDA CAROLINA GOMEZ NIÑO**, identificado(a) con C.C. No. 1057545502 y T.P. o R.M. No. 1057545502 del(a) Colegio Médico Colombiano, no registra sanciones vigentes.

Nota: Esta certificación de antecedentes contiene las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones que se encuentren vigentes en dicho momento. Link de Verificación de certificado de antecedentes www.tribunalnacionaldeeticamedica.org/certificados/validar/

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO"

Dada en Bogotá, D. C., el miércoles 26 agosto 2026 a solicitud del(a) interesado(a).

**HERMAN REDONDO GOMEZ**
Presidente

Calle 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. (601)7212847 Bogotá D. C.
E - Mail antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org, www.tribunalnacionaldeeticamedica.org
antecedentestribunal@outlook.com

**LA SUSCRITA PROFESIONAL ESPECIALIZADA DE GESTION JURIDICA Y DE CONTRATACION DE LA ESE CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE BOYACÁ**

**CERTIFICA QUE:**

Revisadas las certificaciones de antecedentes aportadas por la contratista **ALEYDA CAROLINA GOMEZ NIÑO** identificada con **C.C** No. 1.057.545.502 de Soata, las cuales se relacionan a continuación:

- Antecedentes disciplinarios.
- Antecedentes fiscales.
- Antecedentes judiciales.
- Antecedentes de medidas correctivas.
- Antecedentes de delitos sexuales.
- Antecedentes deudores alimentarios morosos
- **Antecedentes deontológicos o de la profesión**

No se identifica sanción o registro de proceso en curso alguno inscrito dentro de los tres meses anteriores, que le impida contratar con la entidad; certificaciones cuyos códigos de verificación aplicables se relacionan en el respectivo formato de idoneidad del contratista.

La presente se expide, en Tunja a los veintitrés **(23)** días del mes de **septiembre** de **2026**.

**LEIDY LUCILA MARTINEZ TORRES**

**ASOCIACION DE SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL S.A.S.**
**ASSOC S.A.S.**

Transversal 9 No 28A 50 Barrio Maldonado Tunja, Boyacá - Colombia
Cel 317 638 6090 - 316 602 9208
Email: assoc.colombiaocupacional@gmail.com

# CONCEPTO DE APTITUD

Paciente: ALEYDA CAROLINA GOMEZ NIÑO
Identificación: CC 1057545502
Género: F Fecha de Nacimiento: 1989-03-18 Edad: 37 A
Teléfono: 3175128395
Dirección: CALLE 24 NO 6 B 64
Residencia: TUNJA
Profesión: MEDICOS
Nivel Educativo: Postgrado Grado de Escolaridad: Completa Estado Civil: Casado(a)
Empresa: PARTICULAR
**Empresa en misión:** PARTICULAR
Actividad económica:
EPS: Famisanar Limitada Cafamcolsubsidio ARL: Sin información AFP: Sin información



EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL REALIZADA
Examen médico ocupacional pre ingreso

Orden No: 00254713 Fecha apertura: 20260819 14:41:57
Fecha cierre: 20260819 15:02:11
Realizado en: Tunja - Boyacá

Cargo u Oficio: MÉDICO PSIQUIATRA

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la Resolución 1843 de 2025, la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposan son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para las fines legales pertinentes.

## EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL (ENFASIS OSTEOMUSCULAR)

### RECOMENDACIONES LABORALES

Balance Postural.
Higiene postural.
Manejo adecuado de cargas, hasta 5 kg bimanual manteniendo ángulos de confort de extremidades superiores.
Pausas activas cada 2 horas por 10 minutos.
Puede realizar movimientos de flexo extensión y rotación del tronco que no supere el 40% de su jornada laboral.
Puede laborar en horario diurno, sin exceder la jornada laboral normal.
Realizar cambios de posición cada hora caminando de pie y sentada.
Puede hacer uso de escaleras hasta un piso sin exceder el 30% de su jornada laboral normal.
Puede realizar desplazamientos en vehiculo automotor , en terrenos estables, sin exceder los 30 minutos continuos.
Puede realizar desplazamientos a pie , en terreno plano y estable , sin superar el 30 % de la jornada laboral.
Uso de corrección óptica para visión prolongada.
Uso de Elementos de Protección Personal.

### MANEJO POR EPS

Continuar controles prenatales en eps.

### HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

Control cada año.
Dieta baja en carbohidratos.
Realizar actividad física regular.

### INCLUIR EN PVE

Riesgo biologico y bioseguridad.
Osteomuscular.

### RESTRICCIONES LABORALES

### CONCEPTO DE APTITUD: CUMPLE CON EL PERFIL DEL CARGO CON RECOMENDACIONES

Liliana Paola Vargas
MEDICO ESPECIALISTA
ESP. SALUD OCUPACIONAL
R.M. 0072-06 ESC 1226

Firma del medico especialista en Salud Ocupacional
Nombre: LILIANA PAOLA VARGAS MARTINEZ
**Identificación:** CC 33701530
**Especialidad:** ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
Licencia S.O.: 1091 - Exp 08/09/2020 Registro No.: 0072-06

Firma del Paciente
Tipo y No. Id: CC 1057545502

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) ALEYDA CAROLINA GOMEZ NIÑO identificado(a) con CC 1057545502 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

| | |
|---|---|
| **Fecha de Activación de** | **01/04/2021** |
| **Estado de la Afiliación:** | **ACTIVO** |
| **IPS:** | **CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO TUNJA** |
| **Categoría:** | **A** |

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en **QUIEN** , a los 26 días del mes agosto del 2026.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

**Observaciones:**

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales
EPS FAMISANAR S.A.S.

Colpensiones

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ALEYDA CAROLINA GOMEZ NIÑO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1057545502,** se encuentra afiliado/a desde **01/04/2021** 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 26 de agosto de 2026.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**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

GRUPO BICENTENARIO

# LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

## CERTIFICA QUE:

ALEYDA CAROLINA GOMEZ NIÑO identificado con CC. 1057545502 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

**INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE**

| | |
|---|---|
| **Nombres y/o Razón** | ESE CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE BOYACA |
| **Tipo y Numero de Documento** | NI - 891800982 |

**INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de inicio de cobertura** | 2026/01/21 | **Fecha inicio contrato** | 2026/01/01 |
| **Tipo de vinculación** | Independiente con Contrato | **Fecha de fin contrato** | 2026/12/31 |
| **Riesgo** | 3 | **Código actividad económica** | 3869101 - Actividades de apoyo diagnostico. Incluye las actividades relacionadas con la salud humana, realizadas por unidades |
| **Estado afiliación** | Activa | | |
| **Fecha retiro** | - | **Estado del contrato** | Activa |

Esta certificación se expide a los 26 dias del mes de agosto del 2026.

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

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC26082026A1057545502G21657597.** Este código es válido por un mes.

CER_AF_20260826 1046 251

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

**POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.**

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



## DATOS DEL APORTANTE

| TIPO | NUMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCION | TELEFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1007045502 | ALEYDA CAROLINA GOMEZ NIÑO | carrera 2 # 47 32 | 3175149345 | [illegible] | |
| FORMA PRESENTACION | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CODIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| UNICA | 1 - Independiente | | | BOYACÁ | TUNJA | NO |

## DATOS DE LA PLANILLA

| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DD/MM/AAAA) | NUMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DD/MM/AAAA) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD IBC |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 94572034 | 28/04/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSION | TIPO PLANILLA | TOTAL NOMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-04 | 2026-04 | I | $0 | $1.980.000 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

### TOTALES SALUD

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Dias Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS017 | [illegible] EPS | 830003564-7 | 800.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 800.000 | 1 |

### TOTALES PENSIÓN

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Subcuenta de Solidaridad | Aporte FSP - Subcuenta de Subsistencia | Dias Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 1.024.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 1.024.000 | 1 |

### TOTALES RIESGOS LABORALES

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Dias Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-23 | Positiva Seguros | 8600[illegible] | [illegible] | | | | 156.000 | 0 | 0 | 156.000 | | | [illegible] | 156.000 | 1 |

### TOTALES CAJAS

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Dias Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

### TOTALES PARAFISCALES

| Valor Aporte | Dias Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

### TOTALES POR SUBSISTEMA

| Tipo Administrador | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGBI, LMA, DRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 800.000 | 800.000 |
| Pension | 1 | 1.024.000 | 1.024.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 156.000 | 156.000 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 1.980.000 | 1.980.000 |

COPIA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NUMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCION | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1057545802 | ALEYDA CAROLINA GOMEZ NIÑO | | carrera 2 # 47-92 | 3175128305 | [illegible] | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| UNICA | 1 - Independiente | | | BOYACÁ | TUNJA | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DAAAMMDD) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DAAAMMDD) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD IBC |
| | | 94272034 | 26/08/2025 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NOMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-08 | 2026-08 | I | $0 | $1.980.000 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACION COTIZANTE | | | | | | |

# Certificación
## Bancaria

Miércoles, 26 de agosto de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que ALEYDA CAROLINA COMEZ NIÑO identificado(a) con CC 1057545502, 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 | 54594883601 | 2023-03-13 | 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: 01 500 09 12345. Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortes 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 correososospechoso@bancolombia.com.co

El servicio público es de todos | 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)**

**Nombres y apellidos completos**

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| Aleyda | Cardina | Gómez | Niño |

**Documento de identificación**
C.C. [X] C.E. [ ] T.I [ ] NIT. [ ] Número 1057585502

**Lugar de Nacimiento**
País Colombia Departamento Boyacá Municipio Soatá

**Lugar de domicilio**
País Colombia Departamento Boyacá Municipio Tunja

**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.** ESE CRIB

**Cargo o función que cumple** Médica Psiquiatra

**Lugar de sede**
País Colombia Departamento Boyacá Municipio Tunja

Dirección ESE CRIB

**Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019**

## 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LO CONSAGRADO EN LA LEY 2013 DE 2019, 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

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

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| Salarios y demás ingresos laborales | $ 8.030.000 |
| Cesantías e intereses de cesantías | — |
| Gastos de representación | — |
| Arriendos | — |
| Honorarios | 74'900.000 |
| Otros ingresos y rentas | — |
| TOTAL | 82'930.000 |

**b) Las cuentas bancarias que poseo en Colombia y en el exterior son:**

| TIPO DE CUENTA | SEDE DE LA CUENTA (PAÍS) | SALDO DE LA CUENTA A DICIEMBRE 31 DEL AÑO ANTERIOR |
|---|---|---|
| Ahorros | Colombia | $ 986.000 |
| | | |
| | | |

| | | |
|---|---|---|
| | | |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | PAÍS DE UBICACIÓN | DEPARTAMENTO DE UBICACIÓN | MUNICIPIO DE UBICACIÓN | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| Vehiculo | Colombia | Boyaca | Cambita | 43'605.000 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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

| CONCEPTO | SALDO |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

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

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas y Consejos Directivos:

| ENTIDAD O INSTITUCIÓN | CALIDAD DE MIEMBRO | PAÍS |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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

| CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN | CALIDAD DE SOCIO | PAÍS |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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

a) 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 DE PARTICIPACIÓN |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

## 2. CONFLICTOS DE INTERÉS

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN LA REGISTRO EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN LA LEY 2013 DE 2019, Y CONFORME A LO SEÑALADO EN EL ARTÍCULO 40 DE LA LEY 734 DE 2002 Y 11 DE LA LEY 1437 DE 2011. PARA EL CASO DE LOS CONGRESISTAS, TAMBIEN SE DA CUMPLIMIENTO A LA LEY 2003 DE 2019.

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

INFORMACIÓN DEL CONYUGE Y/O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

En la actualidad tengo sociedad conyugal o de hecho vigente SI [X] NO [ ]

| NOMBRE COMPLETO (nombres y apellidos) | TIPO DE SOCIEDAD | DOCUMENTO DE IDENTIDAD |
|---|---|---|
| Fernando Gamboa Hamón | Conyugal | 80737186 |

## 2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES DE CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y PRIMERO CIVIL

A continuación, se registra información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil, solo cuando sea susceptible de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeña

De conformidad con el literal d) del artículo 2° de la ley 2003 de 2019, los congresistas deberán relacionar la información de los parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, primero de afinidad y primero civil.

**PARIENTES HASTA EL CUARTO GRADO DE CONSANGUINIDAD, SEGUNDO GRADO DE AFINIDAD Y PRIMERO CIVIL**

| PARENTESCO | NOMBRE COMPLETO (nombres y apellidos) | | | | DOCUMENTO DE IDENTIDAD |
|---|---|---|---|---|---|
| | Primer nombre | Segundo Nombre | Primer apellido | Segundo apellido | |
| Hijo | Matías | Fernando | Gamboa | Gomez | 1050104176 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

**2.3 DE PARTICIPACIÓN EN GREMIOS, SINDICATOS, GRUPOS SOCIALES O ECONÓMICOS U ORGANIZACIONES CON ÁNIMO Y SIN ÁNIMO DE LUCRO**

**a) Participación en gremios, sindicatos, grupos sociales o económicos u organizaciones con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera):**

| GREMIO, SINDICATO, GRUPO SOCIAL O ECONÓMICO U ORGANIZACIÓN | CALIDAD DE MIEMBRO | PAÍS |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

**2.4. OTRAS INVERSIONES**

**a) 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 |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**b) Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario en Colombia y en el exterior u otros son:**

| TIPO DE INVERSIÓN | VALOR | PAÍS |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

**2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA**

**a) Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta en el último año y los nombres de las instituciones a las cuales hice donaciones son:**

| NOMBRE | VALOR DE LA DONACIÓN |
|---|---|

| | |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

**2.6 POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS**

a) Escriba otros intereses personales que podrían constituir una posible situación de conflicto de intereses, por ejemplo:

- Actividades que desempeño, negocios, establecimientos que poseo etc.
- Actividades o negocios de mi cónyuge o compañero(a) permanente y parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil, de acuerdo con lo descrito en los numerales 2.1 y 2.2
- Actividades o negocios de mi socio de derecho o hecho

| DESCRIPCIÓN DEL POTENCIAL CONFLICTO DE INTERESES |
|---|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Fecha: 11/09/2026

FIRMA

NOMBRE COMPLETO Aleyda Carolina Gomez Nieto

C.C 1057545502

| | | |
|---|---|---|
| | E.S.E. CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE BOYACÁ CRIB | Código: E-GCJ-CO-F-14 |
| | GESTIÓN JURIDICA Y DE CONTRATACION | Versión: 4 |
| | FORMATO DECLARACION DE PREVENCION DE LAVADO ACTIVOS Y DE LA FINANCIACION DEL TERRORISMO | Fecha: 20/12/2024 |

En cumplimiento del Manual de Prevención de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo adoptado por LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE BOYACÁ – CRIB,

Yo, Aleyda Carolina Gore identificado con CC No. 1057545502 obrando en nombre propio (nombre propio o en representación de) de _____(nombre del representado) identificado con (CC/NIT) _____, declaro bajo la gravedad del juramento, sujeto a las sanciones establecidas en el Código Penal:

1. Que mis recursos (o los recursos de la persona natural o jurídica que represento) provienen de actividades lícitas y están ligados al desarrollo normal de mis/sus actividades, y que, por lo tanto, los mismos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo sustituya, adicione o modifique.

2. Que yo (o la persona natural o jurídica que represento) no he/ha efectuado transacciones u operaciones consistentes en o destinadas a la ejecución de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo sustituya, adicione, o modifique, o a favor de personas que ejecuten o estén relacionadas con la ejecución de dichas actividades.

3. Que los recursos comprometidos para la ejecución del contrato o negocio jurídico acordado con LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE BOYACÁ – CRIB no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal colombiano o en cualquier norma que lo modifique, adicione o sustituya.

4. Que en la ejecución del contrato o el desarrollo de las actividades en que consista el negocio jurídico con EL PATRIMONIO AUTÓNOMO no contrataré ni tendré vínculos de ningún tipo con terceros que realicen operaciones o cuyos recursos provengan de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo sustituya, adicione, o modifique.

5. Que la entidad que represento cumple con las normas sobre prevención y control al lavado de activos y financiación del terrorismo (LA/FT) que le resulten aplicables (de ser el caso), teniendo implementados las políticas, procedimientos y mecanismos de prevención y control al LA/FT que se derivan de dichas disposiciones legales.

6. Que ni yo, ni la entidad que represento, ni sus accionistas, asociados o socios que directa o indirectamente tengan el CINCO POR CIENTO (5%) o más del capital social, aporte o participación, sus representantes legales y miembros de la Junta Directiva, se encuentran en las listas internacionales vinculantes para Colombia de conformidad con el derecho internacional (listas de las Naciones Unidas) o en las listas de la OFAC, estando LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE BOYACÁ – CRIB facultada para efectuar las verificaciones que considere pertinentes y para dar por terminada cualquier relación comercial o jurídica si verifica que me encuentro o que alguna de las personas mencionadas figura en dichas listas.

7. A continuación, me permito relacionar los accionistas, asociados o socios que directamente tengan el CINCO POR CIENTO (5%) o más del capital social de la entidad que represento:

| APELLIDOS | NOMBRES | TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION | NUMERO DE IDENTIFICACION |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |

8. Que no existe contra mí o contra la entidad que represento ni sus accionistas, asociados o socios que directa o indirectamente tengan el CINCO POR CIENTO (5%) o más del capital social, aporte o participación, sus representantes legales y sus miembros de la Junta Directiva, investigaciones o procesos penales por delitos dolosos, estando LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE BOYACÁ – CRIB facultado para efectuar las verificaciones que considere pertinentes en bases de datos o informaciones públicas nacionales o internacionales y para dar por terminada cualquier relación comercial o jurídica si verifica que yo o alguna de las personas mencionadas tienen investigaciones o procesos, o existen informaciones en dichas bases de datos públicas que puedan colocar a LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE BOYACÁ – CRIB frente a un riesgo legal o de reputación.

9. Que en el evento en que tenga conocimiento de alguna de las circunstancias descritas en los dos párrafos anteriores, me comprometo a comunicarlo de inmediato a LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE BOYACÁ – CRIB.

10. Que con la firma del presente documento, se entiende que tanto yo como la persona natural o jurídica que represento, otorgamos nuestro consentimiento informado, y por lo tanto autorizamos a LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE BOYACÁ – CRIB a comunicar a las autoridades nacionales o de cualquiera de los países en los cuales LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE BOYACÁ – CRIB realice operaciones, sobre alguna cualquiera de las situaciones en este documento descritas, así como a suministrar a las autoridades competentes de dichos países, toda la información personal, pública, privada o semiprivada que sobre mí o sobre la persona natural o jurídica que represento, ellas requieran. Así mismo, para que LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE BOYACÁ – CRIB efectúe los reportes a las autoridades competentes, que considere procedentes de conformidad con sus reglamentos y manuales relacionados con su sistema de prevención y/o administración del riesgo de lavado de activos y financiamiento del terrorismo, exonerándola de toda responsabilidad por tal hecho.

11. Que toda la documentación e información aportada para la celebración y ejecución del contrato o negocio jurídico con LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE BOYACÁ – CRIB es veraz y exacta, estando LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE BOYACÁ – CRIB facultada para efectuar las verificaciones que considere pertinentes y para dar por terminado el contrato o negocio jurídico, si verifica, o tiene conocimiento de que ello no es así.

12. Que ninguna otra persona natural o jurídica, tiene interés no legítimo en el contrato o negocio jurídico que motiva la suscripción de la presente declaración.

13. Qué conozco, declaro y acepto que LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE BOYACÁ – CRIB está en la obligación legal de solicitar las aclaraciones que estime pertinentes en el evento en que se presenten circunstancias con base en las cuales LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE BOYACÁ – CRIB pueda tener dudas razonables sobre mis operaciones o las operaciones de la persona natural o jurídica que represento, así como del origen de nuestros activos, evento en el cual suministraremos las aclaraciones que sean del caso. Si estas no son satisfactorias, a juicio de LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE BOYACÁ – CRIB, la autorizamos para dar por terminada cualquier relación comercial o jurídica.

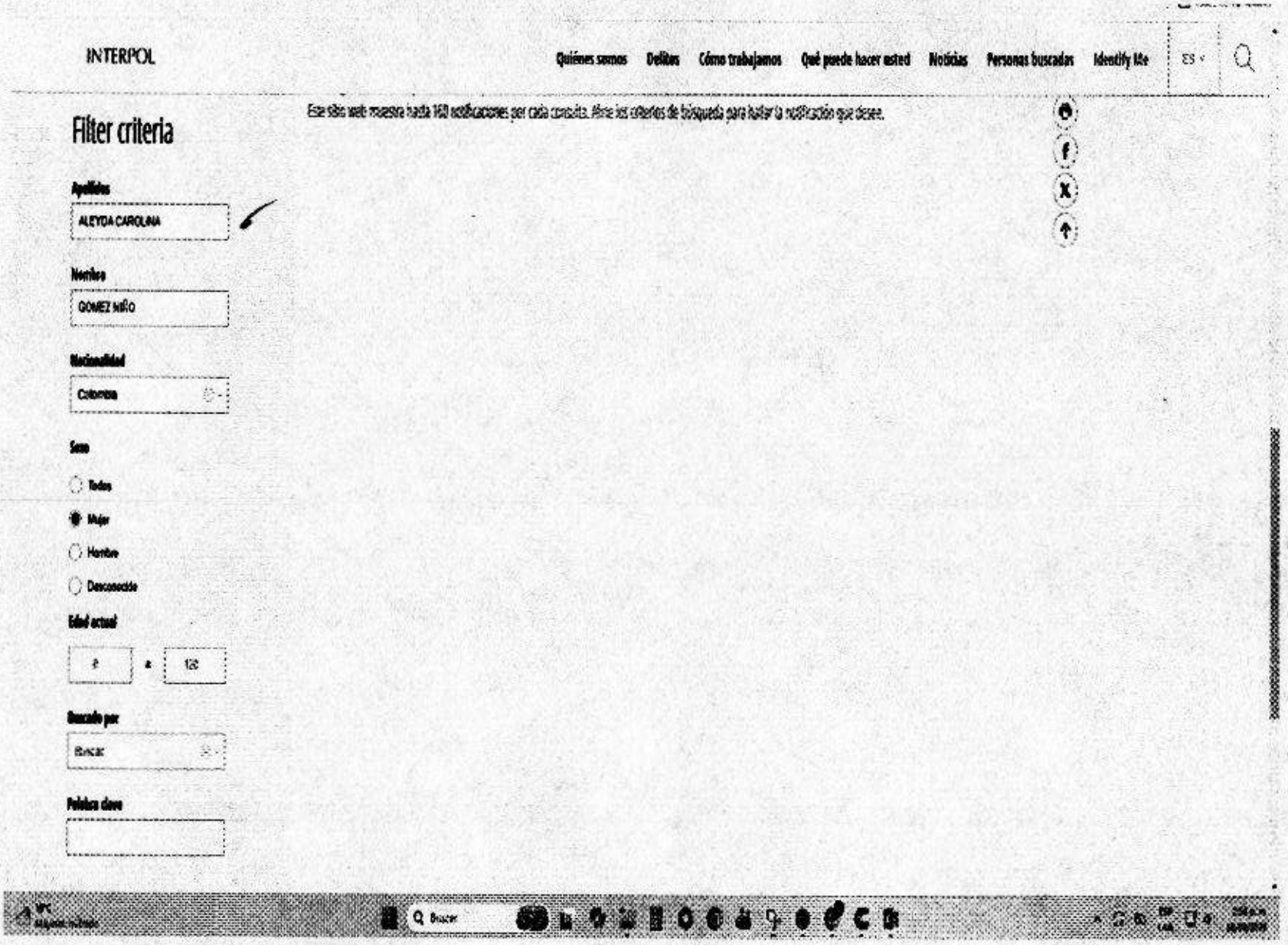
| | | |
|---|---|---|
| | E.S.E. CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE BOYACÁ CRIB | Código: E-GCJ-CO-F-14 |
| | GESTIÓN JURIDICA Y DE CONTRATACION | Versión: 4 |
| | FORMATO DECLARACION DE PREVENCION DE LAVADO ACTIVOS Y DE LA FINANCIACION DEL TERRORISMO | Fecha: 20/12/2024 |

En constancia a lo anterior se firma, en la ciudad de Tunja (Boy.) a los 09 días del mes de 09 de dos mil 2025

| | | |
|---|---|---|
| | Alexyda Cardenas Gonzalez<br>NOMBRE<br>C.C. No. 1057545502 de Soata<br>CONTRATISTA | |




El colibrí representa esperanza, resiliencia y capacidad de superar desafíos con determinación, se dice que cuando un colibrí se acerca a una persona, es porque esta persona necesita sanar. Representan alegría, sanación y adaptabilidad.


INTERPOL
Quiénes somos
Delitos
Cómo trabajamos
Qué puede hacer usted
Noticias
Personas buscadas
Identify Me
ES
Filter criteria
Este sitio web muestra hasta 160 notificaciones por cada consulta. Afine los criterios de búsqueda para hallar la notificación que desea.
Apellidos
ALEYDA CAROLINA
Nombre
GOMEZ NIÑO
Nacionalidad
Colombia
Sexo
Todos
Mujer
Hombre
Desconocido
Edad actual
a
Buscado por
Palabra clave

OFAC
Office of Foreign Assets Control

# Búsqueda en la lista de sanciones

Lista de Nacionales Especialmente Designados y Personas Bloqueadas ("Lista SDN") y todas las demás listas de sanciones administradas por la OFAC, incluyendo la Lista de Evasores de Sanciones Extranjeros, la Lista de la Ley de Sanciones a Irán No SDN, la Lista de Identificaciones de Sanciones Sectoriales, la Lista de Instituciones Financieras Extranjeras Sujetas a Sanciones de Cuentas Corresponsales o Cuentas Pagaderas a Través de, y la Lista del Consejo Legislativo Palestino No SDN. Dado el número de listas que ahora residen en la herramienta de Búsqueda de Listas de Sanciones, se recomienda encarecidamente que los usuarios presten mucha atención a los códigos de programa asociados con cada registro devuelto. Estos códigos de programa indican cómo debe tratarse una coincidencia real en un valor devuelto. La herramienta de Búsqueda de Listas de Sanciones utiliza la coincidencia aproximada de cadenas para identificar posibles coincidencias entre cadenas de palabras o caracteres ingresadas en la Búsqueda de Listas de Sanciones y cualquier nombre o componente de nombre tal como aparece en la Lista SDN y/o las diversas otras listas de sanciones. La función de búsqueda en la lista de sanciones incluye una barra deslizante que permite establecer un umbral (es decir, un nivel de confianza) para la similitud de cualquier posible coincidencia obtenida en la búsqueda del usuario. Esta función detectará errores ortográficos u otros textos introducidos incorrectamente y devolverá coincidencias cercanas, según el nivel de confianza establecido por el usuario mediante la barra deslizante. La OFAC no ofrece recomendaciones sobre la idoneidad de ningún nivel de confianza específico. La búsqueda en la lista de sanciones es una herramienta que se ofrece para ayudar a los usuarios a utilizar la Lista SDN y/o las demás listas de sanciones; su uso no sustituye la debida diligencia. El uso de esta función no limita la responsabilidad penal ni civil por ningún acto realizado como resultado de dicho uso o basándose en él.

Descarga la lista SDN

Búsqueda en la lista de sanciones: Reglas de uso

Visite el sitio web de la OFAC

Descargue la lista consolidada de entidades no pertenecientes a la SDN.

Clave de código del programa

**Buscar**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Tipo:** | Todo | **DIRECCIÓN:** | |
| **Nombre:** | ALEYDA CAROLINA GOMEZ | **Ciudad:** | |
| **Número de Identificación / Dirección de moneda digital:** | | **Estado/Provincia:*** | |
| **Programa:** | Todo<br>561-Relacionado<br>BALCANES<br>BALCANES-EO14033 | **País:** | Todo |
| | | **Lista:** | Todo |
| **Puntuación mínima del nombre:** | 100 | | Reiniciar búsqueda |

**Resultados de la búsqueda: 0 encontrados**

| Nombre | DIRECCIÓN | Tipo | Programa(s) | Lista | Puntaje |
|---|---|---|---|---|---|
| Su búsqueda no ha arrojado ningún resultado. | | | | | |

* Los estados de EE. UU. aparecen abreviados en las listas SDN y Non-SDN. Para buscar un estado específico de EE. UU., utilice la abreviatura de dos letras del Servicio Postal de EE. UU.

Última actualización de la lista SDN: 18/09/2026 10:01:54
Lista de dispositivos no pertenecientes a SDN actualizada por última vez el 14/09/2026 a las 14:35:42