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
ROMERO	TORRES	NIDIA CRISTINA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 20533049	F ⊗ M ○ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 20 MES 11 AÑO 1978

PAÍS COLOMBIA

DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO FÓMEQUE

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 7N 4 27 CASA SAN MIGUEL

PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO FÓMEQUE

TELÉFONO 2411420 EMAIL nidiacristinaromero2@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11° X	MES	11	AÑO	1999

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	
PREGRADO	3	X		TECNICO EN AUXILIAR EN ENFERMERIA	11	2019	

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
CENTRO DE ESTUDIOS TECNOLOGICOS VILLAVICENCIO - META	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	1600	X		AUXILIAR DE DROGUERIA	07	2007
UNISALUD	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	1600	X		AUXILIAR EN SERVICIOS FARMACEUTICOS	12	2019
HOSPITAL FOMEQUE	EDUCACIÓN INFORMAL	40	X		ATENCION INTEGRAL EN SALUD A LAS VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	10	2020

4 IDIOMAS

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

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO 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: HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE			PÚBLICA: X		PRIVADA:		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA	MUNICIPIO: FÓMEQUE						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS: 2411420	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	01	Mes	08	Año	2020	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL: CON0205430012	DEPENDENCIA: AUXILIAR DE FARMACIA						DIRECCIÓN: CALLE 4 5 null calle 4-5 00					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FÓMEQUE						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 2411420	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	02	*Año*	2020	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISSTA	*DEPENDENCIA* AUXILIAR DE FARMACIA						*DIRECCIÓN* CALLE 4 5 0 calle 4 -5 00						

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FÓMEQUE						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 2411420	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*						
	Día	19	*Mes*	02	*Año*	2019	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AUXILIAR DE FARMACIA						*DIRECCIÓN* CALLE 4 5 null 00						

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FÓMEQUE						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 2411420	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*						
	Día	19	*Mes*	02	*Año*	2019	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE FARAMACIA	*DEPENDENCIA* AUXILIAR DE FARMACIA						*DIRECCIÓN* CALLE 7 4 26 CALLE 7 N 4-26						

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FÓMEQUE						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 2411420	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*						
	Día	19	*Mes*	01	*Año*	2019	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR FARMACIA II	*DEPENDENCIA* AUXILIAR DE FARMACIA						*DIRECCIÓN* CALLE 4 5 null calle 4 -5						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FÓMEQUE						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6012411420	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*						
	Día	27	*Mes*	03	*Año*	2026	*Día*	27	*Mes*	07	*Año*	2026	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* APOYO A AUXILIAR DE ENFERMERIA						*DIRECCIÓN* CALLE 4 5 0						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FÓMEQUE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6012411420	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	03	*Mes*	02	*Año* 2009	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR FARMACIA	*DEPENDENCIA* AREA ATENCION AL USUARIO - FARMACIA					*DIRECCIÓN* CALLE 4 5 0						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FÓMEQUE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8485024	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	09	*Año* 2024	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE FARMACIA	*DEPENDENCIA* AUXILIAR DE FARMACIA					*DIRECCIÓN* CALLE 4 5 0 calle 4 5 0						

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

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	14	6
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	7	6
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO X 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

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.

Septiembre 2026.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

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	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2026-09-01 12:10

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
NIDIA	CRISTINA	ROMERO	TORRES

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	20533049

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	CUNDINAMARCA	Municipio	FÓMEQUE

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	CUNDINAMARCA	Municipio	FÓMEQUE

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE

Lugar de sede					
País	COLOMBIA	Departamento	CUNDINAMARCA	Municipio	FÓMEQUE

Dirección	["CALLE 4 No. 5-00"]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	$18.840.000,00
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$18.840.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior

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 INTERES

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 [ ] No [X]

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 [ ]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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
20.533.049

APELLIDOS
ROMERO TORRES

NOMBRES
NIDIA CRISTINA



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-NOV-1978
FOMEQUE
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.59	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

15-MAY-1997 FOMEQUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-5205000-69131911-F-0020533049-20050727 03002 05208A 02 177920094

compensar | salud eps

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) NIDIA CRISTINA ROMERO TORRES identificado(a) con Cedula Ciudadania 20533049, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20200214	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 28 días del mes de Agosto de 2.026

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
33408157

CER-AFI

Vigilado Supersalud

Vigilado Supersubsidio

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:

NIDIA CRISTINA ROMERO TORRES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **20.533.049**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 28 de Agosto del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 05:39:15 PM horas del 11/09/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **20533049**

Apellidos y Nombres: **ROMERO TORRES NIDIA CRISTINA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

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

Todos los derechos reservados.

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 302805572

PIB
17:39:53

Bogotá DC, 11 de septiembre 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) NIDIA CRISTINA ROMERO TORRES identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 20533049:

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 viernes 11 de septiembre de 2026, a las 17:40:22, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	20533049
Código de Verificación	20533049260911174022

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

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, 11/09/2026 05:41:01 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **20533049** y Nombre: **NIDIA CRISTINA ROMERO TORRES.**

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. **147524863** . 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 17:42:05 horas del 11/09/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **20533049,** Apellidos y Nombres **ROMERO TORRES NIDIA CRISTINA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE**, con NIT **800174375-5** 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 20533049 **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 29/08/2026 11:25 AM

Código Verificación: **BK5EHM2N3U**

Válida hasta: **27/11/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141274381699

(415)7707212489984(8020) 000014127438169 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
2 0 5 3 3 0 4 9	0	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	20533049	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Fomeque 2 7 9

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ROMERO	TORRES	NIDIA	CRISTINA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Fomeque 2 7 9

41. Dirección principal
CL 7 4 26 BRR SAN MIGUEL

42. Correo electrónico nidiacristinaromero2@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

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

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2026-09-02 / 05:22:21PM

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 ROMERO TORRES NIDIA CRISTINA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 02-09-2026 05:22:39PM

21

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

Y EN SU NOMBRE

EL COLEGIO DEPARTAMENTAL
MONSEÑOR AGUSTIN GUTIERREZ
FOMEQUE - CUNDINAMARCA

AUTORIZADO POR EL GERENTE PARA LA EDUCACION DE CUNDINAMARCA,
SEGUN RESOLUCION Nº [illegible] DEL [illegible] DE OCTUBRE DE [illegible]

CONFIERE A

Nidia Cristina Romero Torres

IDENTIFICADO CON C.C. Nº 20.633.649 DE Fómeque

EL TITULO DE

BACHILLER ACADEMICO

POR HABER CURSADO Y APROBADO LOS ESTUDIOS CORRESPONDIENTES AL NIVEL DE EDUCACION MEDIA VOCACIONAL, SEGUN LOS PLANES Y PROGRAMAS VIGENTES.

RECTOR

SECRETARIO

DADO EN Fómeque A 26 DE Noviembre DE 1999

Nº 640057

AnyScanner

Institución Educativa Departamental
Monseñor Agustín Gutiérrez
Fómeque - Cundinamarca
Creado por Ordenanza No. 003 de Noviembre 14 de 1996
Res. Aprob. Estudios No. 001340 de 2001
Res. Aprob. Educación Formal de adultos No. 000417 de 2005
DANE: 225328000154 - ICFES 0000120028 - DANE: 125328 000331 - INSCRIPCION: 190
Nit. 832.001.673 - 1

COPIA DEL ACTA GENERAL DE GRADUACIÓN No. 22

En la ciudad de Fómeque a los 26 días del mes de noviembre de 1999 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría del Colegio Departamental "Monseñor Agustín Gutiérrez", Institución aprobada hasta 1999 en el Nivel de Educación Media Académica y autorizada por la Secretaría de Educación de Cundinamarca, para otorgar el título de Bachiller Académico con énfasis en agropecuaria y empresarial, según Resoluciones Nos. 001880 del 29 de Octubre de 1997 y 001284 del 18 de noviembre 1999. Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el Título de Bachiller Académico con énfasis en agropecuaria al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

Nidia Cristina Romero Torres
C.C. No. 20533049 de Fómeque

Esta acta consta de cuarenta y uno 41 alumnos graduados, comienza con el nombre de EDUARD ALFONSO ALMANZA AVILA y termina con el de JHON ALEXANDER VILLALOBOS VELASQUEZ. En constancia se firma la presente, por quienes intervinieron, en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 7o. del Decreto 180 de 1981.

Se expide en Fómeque a los 24 días del mes de Julio de 2020.

MANUEL DARIO CARAZ MILLAN
RECTOR

AnyScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

CENTRO DE CAPACITACIÓN EN SALUD

UNISALUD

SEDE BOGOTÁ D.C.

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO.

APROBADO POR LA SECRETARIA DE EDUCACIÓN DE BOGOTÁ D.C. LICENCIA 3623, RESOLUCIÓN No. 05194 DE OCTUBRE 2 DE 1985 REFRENDADA POR LA RESOLUCIÓN No. 15-839 DE SEPTIEMBRE 10 DE 2015, RESOLUCIÓN 15-928 DE OCTUBRE 17 DE 2014 Y POR EL MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL ACUERDO NO. 147 DE MAYO 21 DE 2009

OTORGA EL CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS COMO TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR EN SERVICIOS FARMACÉUTICOS A;

Nidia Cristina Romero Torres

C.C. 20.533.049 de Fomeque

POR HABER CULMINADO SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA, CON UNA INTENSIDAD DE 1600 HORAS

BOGOTÁ, D.C. 06 DE DICIEMBRE DE 2019

FEDERICO DIAZ QUINTERO
Director

JESÚS GALVAN DORIA
Secretario Académico

REGISTRO EN EL FOLIO No. 79 DEL LIBRO DE CERTIFICADOS No. 3

AnyScanner

Centro de Capacitación en Salud

Constituida desde 1982, con licencia 3623 de la S.E.D con resolución 04194 del 27 de Octubre de 1985, Acuerdo No. 02-0042 - Renovada concepto favorable del Ministerio de Salud y Protección Social 01-30 del 18 de Junio de 2019 y Resolución como I.E.T. D.H. Nº 15 del 10 de Septiembre de 2016.

ACTA No.28

En el Auditorio de la Gobernación de Cundinamarca Teatro Antonio Nariño de esta ciudad, en acto presidido por el Director del Centro de Capacitación en salud **UNISALUD** y en presencia del cuerpo de profesores, previo juramento de rigor, se le hizo entrega del certificado de:

APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS COMO

TECNICO LABORAL EN:

AUXILIAR EN SERVICIOS FARMACEUTICOS

A: **NIDIA CRISTINA ROMERO TORRES**

Con cédula de ciudadania número 20.533.049 de Fomeque

Quien culminó satisfactoriamente el programa, con intensidad de 1.600 horas

En testimonio de lo anterior se firma la presente en Bogotá D.C. a los seis (06) dias del mes de diciembre de dos mil diecinueve (2019)

FEDERICO DIAZ QUINTERO
Director

JESUS GALVAN DORIA
Secretario Académico

Universidad ... Corporación
PBX ...
Email: ...
www.unisalud.edu.co
Bogotá - Colombia

AnyScanner

Libertad y Orden

La República de Colombia
y en su nombre

Los Andes
Centro de Estudios Tecnológicos

Villavicencio - Meta

Acuerdo No. 048 del Ministerio de Salud del 14 de Febrero de 2002
Resolución No. 3137 del 25 de Febrero de 2001
Secretaría de Educación del Meta

Certifica que

Nidia Cristina Romero Torres

Identificado con C.C. No. 20.533.049 de FOMEQUE

Cursó y aprobó los estudios como Técnica en:

Auxiliar de Droguería

Lilia Camelo de Manrera
Directora

Nubia Stella Paz
Secretaria

Acta Individual de Grado

"Los Andes"
Centro de Estudios Tecnológicos
Villavicencio - Meta

En la ciudad de Villavicencio, a los **DIECINUEVE** *días del mes de* **JULIO** *del año* **2007** *se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos. Los suscritos Directora y Secretaria en la Sede del CENTRO DE ESTUDIOS TECNOLOGICOS LOS ANDES aprobada por la Secretaría de Educación del Meta, Según acuerdo No. 048 del Ministerio de Salud del 11 de Febrero del 2001, Resolución No. 0137 del 26 de Febrero del 2001.*

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes a Nivel de Educación Técnica se procedió a otorgar el ***CERTIFICADO COMO TECNICO EN AUXILIAR DE DROGUERIA*** *al graduando cuyos nombres, apellidos y número de los documentos de identidad se relacionan a continuación:*

NIDIA CRISTINA ROMERO TORRES
CC. 20.533.049 de FOMEQUE

Es fiel copia tomada del Acta Original General No **08** *de fecha* **19 JUL.** *de* **2007** *que consta de* **48** *alumnos que comienza con el nombre de* **Acuña Segura Eliana Ibeth**

y se cierra con el nombre de **Zapata Ortega Dennys Ariet**

firmado por: Lic. LILIA CAMELO DE MANCERA (Directora) y NUBIA STELLA PARRA ROJAS (Secretaria)

Dada en Villavicencio, a los **19** *días del mes de* **JULIO** *de 2007*

Firmado

Lic. LILIA CAMELO DE MANCERA
C.C. No. 21.[illegible].046 de V/cio.
Directora

NUBIA STELLA PARRA ROJAS
C.C. No. [illegible]7 de V/cio.
Secretaria

diplo@set.[illegible]

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

Nidia Cristina Romero Torres

C.C 20.533.049

Participó y completó el curso virtual

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 15 de abril 2026

Francisco Camargo Salas
Director de Empleo Público

Código: 769613705000

mipg | modelo integrado de planeación y gestión

Función Pública

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

Nidia Cristina Romero Torres

C.C 2153[illegible]46

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., 28 de junio 2024

Henry Humberto Villamarín Serrano

Director de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 765754522208



mipg | modelo integrado de planeación y gestión

Función Pública

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

Nidia Cristina Romero Torres

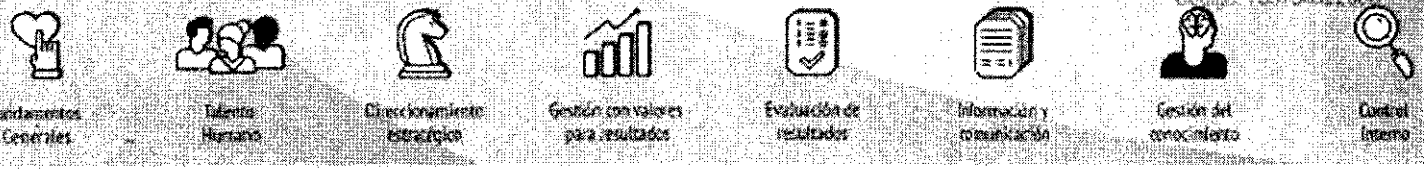
C.C 20.533.049

Participó y completó con éxito los 8 módulos del curso virtual del
Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 26 de junio 2024

Henry Humberto Villamarín Serrano
Director de Gestión y Desempeño Institucional



mipg | modelo integrado de planeación y gestión

Función Pública

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

Nidia Cristina Romero Torres

C.C 20.523.049

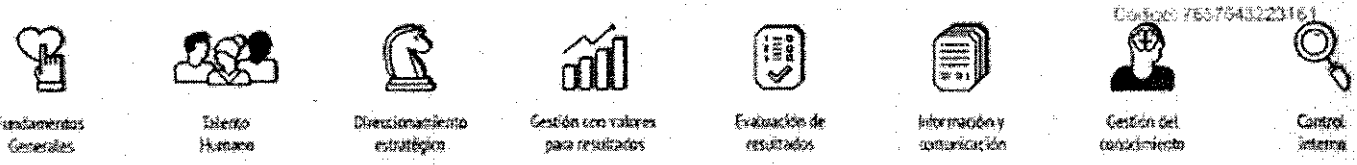
Participó y completó con éxito el Módulo de Auditoría del curso virtual del **Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG**

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 28 de junio 2024

Henry Humberto Villamarín Serrano
Director de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 7637543223161



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

Consérvelo

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación ó Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	Nidia
Apellidos:	Romero
Documento de Identidad:	CC [X] TI [ ] PASA PORTE [ ] No. 20533049
Fecha de Nacimiento:	Día: 20 Mes: 11 Año: 1998

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampiòn Rubsola	Única		[illegible] X	[illegible]
Toxcide Tetànico Diftérico Td		15-02-09	[illegible]	[illegible]
	2	11-01-17	[illegible]	[illegible]
	3	[illegible]		[illegible]
	4	23-03-20	[illegible]	[illegible]
	5			
Contra Hepattis B	1			!
	2	18-06-20	[illegible]	[illegible]
	3			

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Valldez	Firma
Contra Flebre Amarilia				
Contra Infiuenza				
Otras				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	27 03 2021	[redacted] COVID-19 Vaccine (Vero Cell), Inactivated Lot No.: L202103002 Expiration: 2024 03 04 [redacted]		HSUPF	Lidia Rios Velásquez C.C. 20.532.721 Auxiliar de enfermeria	
	2	04-05-21	Sinovac		HSUPF	Maria Aurora Rubio L. C.C. 20.532.178 R.T.P. No. 50 - 14740 Auxiliar de Enfermeria	
		19-01-2022	Sinovac		cds [illegible]	Dora Isabel Suárez Ferreira C.C. No. 1071630224 Auxiliar de Enfermeria	

NIT 800.174.375-5 **RF:23192**

EL ASESOR DE LA GERENCIA DE LA ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FÓMEQUE CUNDINAMARCA

CERTIFICA:

La ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FÓMEQUE, *es un establecimiento público del nivel Departamental, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa de acuerdo con el artículo 194 de la Ley 100 de 1993.*

El artículo 2.5.3.8.4.3.2., del decreto 780 de 2016, *establece que "el Régimen jurídico de los contratos, de una Empresa Social del Estado, se aplicará con sujeción a las normas del Derecho Privado, sujetándose a la jurisdicción ordinaria conforme a las normas sobre la materia. Sin embargo, de conformidad con lo establecido en el numeral 6° del artículo 195 de la Ley 100 de 1993. Las Empresas Sociales del Estado podrán discrecionalmente utilizar las cláusulas exorbitantes previstas en el estatuto general de contratación de la administración pública"*

El Contrato de Prestación de Servicios del Talento Humano en salud es defino por:

- *El Decreto Ley 2400 de 1968, Art. 2 (modificado por el art. 1 del Decreto Nacional 3074 de 1968): Para el ejercicio de funciones de carácter permanente se crearán los empleos correspondientes, y en ningún caso, podrán celebrarse contratos de prestación de servicios para el desempeño de tales funciones.*
- *El art. 32 de la Ley 80 de 1993, dispone que las entidades estatales podrán celebrar contratos de prestación de servicios para desarrollar actividades relacionadas con la administración o funcionamiento de la entidad, siempre que NO PUEDAN REALIZARSE CON PERSONAL DE PLANTA o requiera de conocimientos especializados.*
- *La sentencia C-614 de 2019 estudió el alcance del Decreto 2400 de 1968, concluyendo que "El contrato de prestación de servicios es una modalidad de vinculación con el estado DE TIPO EXCEPCIONAL que se justifica constitucionalmente si es concebida como un instrumento para atender funciones OCASIONALES que son aquellas que no hacen parte del "GIRO ORDINARIO" de las labores encomendadas a la entidad o que, siendo parte de ellas, no pueden ejecutarse con empleados de planta o requieren de conocimientos especializados; vinculación que en ningún caso debe llevar subordinación.*

Que revisados los archivos del área de contratación de la ***ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FÓMEQUE,*** *la señora* ***NIDIA CRISTINA ROMERO TORRES,*** *identificada con la cédula de ciudadanía 20.533.049, presta sus servicios en la institución mediante los siguientes contratos de prestación de servicio:*

TIPO DE VINCULACIÓN	OBJETO	DESDE	HASTA	VALOR TOTAL

Fómeque– Cundinamarca, Calle 4 No. 5 – 00
Email: hfomeque@yahoo.com; hfomeque@cundinamarca.gov.co
Teléfono: 2411420 – 2411421 – 2411422

NIT 800.174.375-5 **RF:23192**

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 186	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN EL AREA ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE FARMACIA	19 DE FEBRERO DE 2019	30 DE ABRIL DE 2019	$2.816.000
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 044	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN EL AREA ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE FARMACIA	02 DE ENERO DE 2020	31 DE JULIO DE 2020	$9.525.000
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 416	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN EL AREA ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE FARMACIA	01 DE AGOSTO DE 2020	31 DE OCTUBRE DE 2020	$3.810.000
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 614	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN EL AREA ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE FARMACIA	03 DE NOVIEMBRE DE 2020	31 DE DICIEMBRE DE 2020	$2.540.000
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 109	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN EL AREA ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE FARMACIA	02 DE ENERO DE 2021	31 DE MARZO DE 2021	$3.810.000
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 302	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN EL AREA ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE FARMACIA	01 DE ABRIL DE 2021	15 DE AGOSTO DE 2021	$5.886.000
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 716	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN EL AREA ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE FARMACIA	16 DE AGOSTO DE 2021	30 DE SEPTIEMBRE DE 2021	$1.962.000
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 976	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN EL AREA ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE FARMACIA	14 DE OCTUBRE DE 2021	31 DE OCTUBRE DE 2021	$1.308.000
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 1135	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN EL AREA ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE FARMACIA	05 DE NOVIEMBRE DE 2021	30 DE NOVIEMBRE DE 2021	$1.308.000
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 1459	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN EL AREA ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE FARMACIA	23 DE DICIEMBRE DE 2021	31 DE DICIEMBRE DE 2021	$1.308.000

Fómeque– Cundinamarca, Calle 4 No. 5 – 00
Email: hfomeque@yahoo.com; hfomeque@cundinamarca.gov.co
Teléfono: 2411420 – 2411421 – 2411422

NIT 800.174.375-5 **RF:23192**

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 041	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN EL AREA ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE FARMACIA	1 DE ENERO DE 2022	28 DE FEBRERO DE 2022	$ 2,694,480
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 309	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN EL AREA ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE FARMACIA	1 DE MARZO DE 2022	31 DE MAYO DE 2022	$ 4,041,720
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 449	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN EL AREA ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE FARMACIA	1 DE JUNIO DE 2022	31 DE JULIO DE 2022	$ 2,694,480
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 726	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN EL AREA ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE FARMACIA	1 DE AGOSTO DE 2022	31 DE AGOSTO DE 2022	$ 1,340,270
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 850	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN EL AREA ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE FARMACIA	2 DE SEPTIEMBRE DE 2022	30 DE SEPTIEMBRE DE 2022	$ 1,347,240
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 1022	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN EL AREA ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE FARMACIA	1 DE OCTUBRE DE 2022	22 DE OCTUBRE DE 2022	$ 987,976
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 1171	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN EL AREA ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE FARMACIA	23 DE OCTUBRE DE 2022	31 DE OCTUBRE DE 2022	$ 359,264
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 1362	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN EL AREA ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE FARMACIA	2 DE NOVIEMBRE DE 2022	15 DE NOVIEMBRE DE 2022	$ 673,620
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 1467	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN EL AREA ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE FARMACIA	16 DE NOVIEMBRE DE 2022	30 DE NOVIEMBRE DE 2022	$ 673,620
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 1620	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN EL AREA ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE FARMACIA	23 DE DICIEMBRE DE 2022	31 DE DICIEMBRE DE 2022	$ 1,496,933

Fómeque– Cundinamarca, Calle 4 No. 5 – 00
Email: hfomeque@yahoo.com; hfomeque@cundinamarca.gov.co
Teléfono: 2411420 – 2411421 – 2411422

NIT 800.174.375-5 **RF:23192**

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 076	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN EL AREA ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE FARMACIA	1 DE ENERO DE 2023	30 DE JUNIO DE 2023	$9,110,034
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 498	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN EL AREA ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE FARMACIA	1 DE JULIO DE 2023	31 DE JULIO DE 2023	$1,518,339
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 692	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN EL AREA ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE FARMACIA	1 DE AGOSTO DE 2023	31 DE AGOSTO DE 2023	$1,518,339
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 819	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN EL AREA ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE FARMACIA	1 DE SEPTIEMBRE DE 2023	20 DE DICIEMBRE DE 2023	$4,555,017
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 1112	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN EL AREA ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE FARMACIA	21 DE DICIEMBRE DE 2023	30 DE DICIEMBRE DE 2023	$1,518,339
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 052	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN EL AREA ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE FARMACIA	01 DE ENERO DE 2024	31 DE MAYO DE 2024	$8.350.865
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 355	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN EL AREA ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE FARMACIA	01 DE JUNIO DE 2024	31 DE AGOSTO DE 2024	$5.010.519
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 591	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN EL AREA ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE FARMACIA ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FÓMEQUE	01 DE SEPTIEMBRE DE 2024	30 DE NOVIEMBRE DE 2025	$5.010.519
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 928	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN EL AREA ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE FARMACIA DE LA ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FÓMEQUE	05 DE DICIEMBRE DE 2024	31 DE DICIEMBRE DE 2024	$1.670.173

ACTIVIDADES ESPECIFICAS:

Fómeque– Cundinamarca, Calle 4 No. 5 – 00
Email: hfomeque@yahoo.com; hfomeque@cundinamarca.gov.co
Teléfono: 2411420 – 2411421 – 2411422

NIT 800.174.375-5 **RF:23192**

1. Dispensar y entregar los medicamentos de cada paciente a las auxiliares de enfermería y/o pacientes verificando el nombre, concentración, forma farmacéutica y cantidad.

2. Despachar y distribuir material médico quirúrgico por paciente verificando la descripción y cantidad.

3. Recibir devoluciones de medicamentos verificando la integridad del empaque primario y la cadena de frio, si se requiere.

4. Registrar a través del sistema en la cuenta de cada paciente los medicamentos y material médico quirúrgico dispensado y las devoluciones recibidas.

5. Recibir, verificar y dispensar requerimientos de medicamentos por paciente en el servicio de hospitalización para 24 horas y para la consulta externa en el horario establecido.

6. Dispensar, verificar y entregar medicamentos y material médico quirúrgico por almacén a los diferentes servicios y/o centros de salud.

7. Realizar el diligenciamiento de los diferentes formatos establecidos para el cumplimiento de las obligaciones contractuales normado por los procesos, procedimiento, protocolos y demás instrucciones.

8. Recibir y dispensar medicamentos de control especial verificando que cada fórmula contenga la siguiente información: fecha, nombre del paciente, número de identificación (cédula o tarjeta de identidad), dirección, teléfono, número de cama si está hospitalizado, nombre del medicamento (presentación y concentración), cantidad (números y letras), dosificación, firma y sello del médico tratante, no debe tener tachones ni enmendaduras, debe estar diligenciada con un solo tipo de letra y un mismo color de tinta.

9. Mantener registro al día de los movimientos de medicamentos de control especial en el libro establecido para tal fin, así como archivar correctamente las fórmulas de estos medicamentos.

10. Realizar el proceso de recepción técnica de los insumos y medicamentos de los diferentes proveedores de la ESE.

11. Asistir a las labores educativas y científicas desarrolladas en la farmacia, y las diferentes reuniones citadas.

12. Controlar el inventario en cada farmacia garantizando las existencias y el adecuado control de los recursos.

13. Participar en la realización del inventario físico de medicamentos y material médico quirúrgico, de acuerdo con la periodicidad establecida.

14. Clasificar, ordenar y registrar en la gestión de insumos las existencias de los medicamentos y material médico quirúrgico, vigilar las fechas de vencimiento, garantizar la integridad del empaque primario, garantizar la correcta identificación de cada unidad suelta esto incluye fecha de vencimiento y lote.

15. Responder por el inventario físico de medicamentos y material médico quirúrgico asignado a la farmacia, y asumir pecuniariamente las diferencias en el mismo.

16. Responsabilizarse del adecuado cuidado de los equipos que le sean facilitados para la ejecución del contrato, de tal surte, que deberá responder por la pérdida o a daño de los mismos de acuerdo con el grado de responsabilidad que se tenga.

17. Participar activamente en la elaboración, implementación y mejoramiento de los procesos de calidad, en cada una de las áreas buscando la racionalidad, operacionalidad y funcionalidad.

18. Promover en la Institución el cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, para una adecuada prestación de los servicios de salud.

Fómeque– Cundinamarca, Calle 4 No. 5 – 00
Email: hfomeque@yahoo.com; hfomeque@cundinamarca.gov.co
Teléfono: 2411420 – 2411421 – 2411422

NIT 800.174.375-5 ***RF:23192***

19. Cumplir con el uso adecuado de uniforme de acuerdo a lo establecido con el Manual de Bioseguridad de la ESE.

20. Participar activamente en el programa de capacitación establecido por la institución para la implementación de la estrategia IAMII-Instituciones amigas de la Mujer y la Infancia con Enfoque Integral, realizando los pre test y post test respectivos.

21. atención del paciente y finalizada la atención de este, lo cual será verificado, diaria y semanalmente. Y será insumo para pago de los honorarios mensuales de las atenciones realizadas.

22. Responder pecuniariamente, previo agotamiento del procedimiento correspondiente por las glosas en contra del Hospital por los diferentes pagadores y causadas por sus actuaciones.

23. Responder por el correcto diligenciamiento de los RIPS en el sistema de facturación.

Se expide a solicitud del interesado, de acuerdo a los documentos que reposan en la ***E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FÓMEQUE****, a los dieciocho (18) días del mes de enero de 2025.*

GILDARDO ANTONIO ARISTIZABAL ZULUAGA
ASESOR DE LA GERENCIA

Proyectó: Yudi Mancera – Auxiliar área de Contratación
Aprobó: Gildardo Antonio Aristizabal Zuluaga – Asesor de la Gerencia

Fómeque– Cundinamarca, Calle 4 No. 5 – 00
Email: hfomeque@yahoo.com; hfomeque@cundinamarca.gov.co
Teléfono: 2411420 – 2411421 – 2411422

Dr. YESID GUSTAVO BRAVO COTRINO
Médico Cirujano
Esp. Salud Ocupacional y Riesgos Laborales

CONSECUTIVO 20.533.049

DR. YESID GUSTAVO BRAVO COTRINO

MEDICO CIRUJANO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL Y RIESGOS LABORALES CEL 310 320 29 19

REGISTRO MEDICO 25-5381 DE 2012

RESOLUCION PRESTACION DE SERVICION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO 25-2776 DE 2016

CONCEPTO APTITUD OCUPACIONAL

TIPO DE EXAMEN: INGRESO [■] PERIODICO [ ] EGRESO [ ] FECHA DE REALIZACION: DIA 27 MES 3 AÑO 2026

NOMBRES: NIDIA CRISTINA APELLIDOS: ROMERO TORRES

DOCUMENTO: CC N° 20.533.049 DE FOMEQUE EDAD 47 Años SEXO FEMENINO

CARGO A DESEMPEÑAR: AUXILIAR DE ENFERMERIA EMPRESA: E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE

EXAMENES PARACLINICOS PRACTICADOS

(N: Normal/ A: Anormal)

	N	A
Audiometría		
Opto/ Visión/ Tam Vis		
Psicología		
Espirometría		

Examenes de Laboratorio	N	A	Descripción

Examenes de Laboratorio	N	A	Descripción

RESULTADO DE VALORACION MEDICA - EXAMEN DE INGRESO

APTA PARA EL CARGO [■] SIN PATOLOGIA APARENTE [ ] CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LABOR [ ]

APTO CON RESTRICCION [ ] MOTIVO:

APLAZADO [ ] MOTIVO:

NO APTO PARA ESTE CARGO [ ] MOTIVO:

RESULTADO DE VALORACION MEDICA - EXAMEN PERIODICO

PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR SI [ ] NO [ ] SE SUGIERE REUBICACION LABORAL TEMPORAL [ ] PERMANENTE [ ]

OTROS

PUEDE MANIPULAR ALIMENTOS SI [ ] NO [ ] REINCORPORACION SIN RESTRICCION [ ] REINCORPORACION CON RESTRICCION PARA EL CARGO [ ]

RESULTADOS DE VALORACION MEDICA - EXAMEN DE EGRESO

SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL SI [ ] NO [X] CUAL:

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

MEDICAS		OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	
REMISION A EPS		USO DE EEP	X	INICIO DE ACTIVIDAD FISICA	
CONTINUAR MANEJO MEDICO		HIGIENE POSTURAL	X	DEJAR DE FUMAR	
REMISION A ARL		PAUSAS ACTIVAS C/45 min.	X	REDUCIR CONSUMO DE ALCOHOL	
SEGUIMIENTO DE CASO POR ARL		DISTRIBUCION DE FUERZAS Y CARGAS	X	CONTROL NUTRICIONAL Y DE PESO	X
CITOLOGIA CERVICO-VAGINAL		INGRESO A SVE			
TAMIZAJE PROSTATICO					
ESQUEMA DE VACUNACIÓN (ADULTO)		SVE. ERGONÓMICO			
		SVE. RUIDO			
CONTROL AUDIOLÓGICO PERIÓDICO		SVE. BIOLÓGICO			
CONTROL ANUAL OPTOMETRICO		SVE. RADIACIÓN IONIZANTES			
CONTROL ODONTOLÓGICO PERIÓDICO		SVE. PSICOLABORAL			
		SVE. CARDIOVASCULAR - METABÓLICO	X		

OBSERVACIONES

AL EXAMEN DE INGRESO NO PRESENTA LIMITACIONES FÍSICAS NI PATOLÓGICAS QUE LE IMPIDAN REALIZAR SUS LABORES. PRESENTA CONDICIONES DE SALUD QUE NO DISMINUYEN SU CAPACIDAD LABORAL. PAUSAS ACTIVAS / HIGIENE VISUAL, AUDITIVA Y POSTURAL / **UTILIZAR ADECUADAMENTE Y EN TODO MOMENTO LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL**, LAVADO DE MANOS FRECUENTEMENTE / ESTILOS DE VIDA SALUDABLE / NO EXCEDER LA JORNADA LABORAL. **VAL. POR NUTRICION EPS.**

CONCEPTO DE APTITUD

APTO SIN RESTRICCION

LA PRESENTE CERTIFICACION SE EXPIDE DE ACUERDO A LA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL DEL ASPIRANTE Y/O TRABAJADOR, LA CUAL ES DE CARÁCTER CONFIDENCIAL Y SU MANEJO ESTA REGULADO POR LAS RESOLUCIONES 2346 DE 2007; 1715 DE 2005 Y 1918 DE 1995 DEL MPS. EVALUACIONES MEDICAS OCUPACIONALES RESOLUCION 2346, Art. 4: "El médico debe respetar la reserva de la Historia Clínica Ocupacional y solo remitirá al empleador el CERTIFICADO MEDICO..."

ESTE CERTIFICADO NO ES VALIDO PARA TRABAJO EN ALTURAS

DR. YESID BRAVO COTRINO
Medico Cirujano
E.S.P Salud Ocupacional
I.S.O. 252776/2016

DR. YESID GUSTAVO BRAVO COTRINO				NOMBRE DEL PACIENTE	NIDIA CRISTINA	ROMERO TORRES
REGISTRO MEDICO N°	25-5381	LICENCIA S.O.	252776/2016	CEDULA N°	20.533.049	FOMEQUE

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 *

20533049

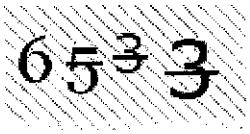
Primer Nombre

nidia

Primer Apellido

romero

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

. .94

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2026-09-01→10:38:46 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalle
CC	20533049	NIDIA	CRISTINA	ROMERO	TORRES	Vigente	Ver

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) NIDIA CRISTINA ROMERO TORRES identificado(a) con CC 20533049 registra La siguiente información:

2026-09-01→10:38:46 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	AUXILIAR EN SERVICIOS FARMACEUTICOS	2020-01-28	9029	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2005-05-16	3228	GOBERNACION DEL META

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

banco popular

CERTIFICACIÓN DE PRODUCTO

Ciudad,
CHOACHI

El Banco Popular, hace constar que el cliente NIDIA CRISTINA ROMERO TORRES identificado con Cédula de Ciudadanía No. 20533049 , actualmente posee el siguiente producto radicado en la oficina 130 Barrio Restrepo con las siguientes caracteristicas:

Tipo de Producto:	Ahorros
Clase de Cuenta:	581 Nómina
Número:	500-80629692-7
Fecha de Apertura:	2024-10-09
Nombre Cuenta	NIDIA CRISTINA ROMERO TORRES
Estado	ACTIVA

Esta constancia se expide con destino a A QUIEN INTERESE
Elaborada en la oficina 340 CHOACHI el dia 02 del mes 09 del año 2026

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Atentamente,

Sin firma autografa art. 10 decreto 836 de 1991.
BANCO POPULAR

Fogafín

Fómeque, 11 SEP 2026

Doctora.
ANA LUCIA RAMIREZ
GERENTE
Doctor
ANDRES E. SANCHEZ DIZA
SUBGERENTE CIENTÍFICO
E.S.E. Hospital San Vicente de Paul
Fómeque Cundinamarca

Ref.: **PRESENTACION Oferta** PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE FARMACIA CON DESTINO A LA ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE.

Yo **NIDIA CIRSTINA ROMERO TORRS**, con la cedula de ciudadanía 20.533.049 expedida en Fómeque, me permito presentar oferta para prestar mis servicios, de acuerdo con las condiciones de la invitación y los documentos que hacen parte integral de la presente, las cuales desarrollaré con plena autonomía e independencia; así mismo manifiesto que las actividades a realizar las puedo ejecutar previa concertación y aceptación voluntaria con la persona que sea designada para tal efecto, respecto a las actividades, cronogramas , agendas u turnos u otra denominación, en todo caso, es mi voluntad de acuerdo a la naturaleza Jurídica del Contrato de prestación de Servicios como independiente celebrar el mismo en caso de ser aceptada la presente, de conformidad con la Naturaleza jurídica de la ESE. Y Que en ningún caso mi oferta en caso de ser contratada generará relación laboral, ni prestaciones sociales, con la ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE

ACTIVIDADES:

1. Recibir, verificar y dispensar la demanda de medicamentos y material medico quirúrgico por paciente del servicio requerido, verificando el nombre, concentración, forma farmacéutica y cantidad. y realizar el cargue oportuno del 100 % de los medicamentos y/o material medico quirúrgico de las atenciones realizadas a cada paciente diariamente.", lo cual será verificado diaria y semanalmente. Y será insumo para pago de los honorarios mensuales y no se dará trámite de pago a la cuenta de cobro, hasta tener el 100% del cargue de los medicamentos y de ser repetitivo se dará trámite de incumplimiento del contrato.
2. Recibir devoluciones de medicamentos y/o material medico quirurgico verificando la integridad del empaque primario y la cadena de frio, si se requiere.

3. Dispensar, verificar y entregar medicamentos y material médico quirúrgico por almacén a los diferentes servicios y/o centros de salud.
4. Realizar el diligenciamiento de los diferentes formatos establecidos para el cumplimiento de las obligaciones contractuales normado por los procesos, procedimiento, protocolos y demás instrucciones.
5. Recibir y dispensar medicamentos de control especial verificando que cada fórmula contenga la siguiente información: fecha, nombre del paciente, número de identificación (cédula o tarjeta de identidad), dirección, teléfono, número de cama si está hospitalizado, nombre del medicamento (presentación y concentración), cantidad (números y letras), dosificación, firma y sello del médico tratante, no debe tener tachones ni enmendaduras, debe estar diligenciada con un solo tipo de letra y un mismo color de tinta y realizar el registro diario de los movimientos de los medicamentos de control especial.
6. Realizar el proceso de recepción técnica de los insumos y medicamentos de los diferentes proveedores de la ESE
7. Asistir a las capacitaciones y reuniones citadas por la Subgerencia científica y/o las áreas de la ESE.
8. Controlar el inventario en cada farmacia garantizando las existencias y el adecuado control de los recursos.
9. Participar en la realización del inventario físico de medicamentos y material médico quirúrgico, de acuerdo con la periodicidad establecida.
10. Clasificar, ordenar y registrar en la gestión de insumos las existencias de los medicamentos y material médico quirúrgico, vigilar las fechas de vencimiento, garantizar la integridad del empaque primario, garantizar la correcta identificación de cada unidad suelta esto incluye fecha de vencimiento y lote.
11. Responder por el inventario físico de medicamentos y material médico quirúrgico asignado a la farmacia, y asumir pecuniariamente las diferencias en el mismo.

12. Responsabilizarse del adecuado cuidado de los equipos que le sean facilitados para la ejecución del contrato, de tal surte, que deberá responder por la pérdida o a daño de los mismos de acuerdo con el grado de responsabilidad que se tenga.
13. Participar activamente en la elaboración, implementación y mejoramiento de los procesos de calidad, en cada una de las áreas buscando la racionalidad, operacionalidad y funcionalidad.
14. Promover en la Institución el cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, para una adecuada prestación de los servicios de salud.
15. Cumplir con el uso adecuado de uniforme de acuerdo a lo establecido con el Manual de Bioseguridad de la ESE.
16. Participar activamente en el programa de capacitación establecido por la institución para la implementación de la estrategia IAMII-Instituciones amigas de la Mujer y la Infancia con Enfoque Integral, realizando los pre test y post test respectivos.
17. Responder pecuniariamente, previo agotamiento del procedimiento correspondiente por las glosas en contra del Hospital por los diferentes pagadores y causadas por sus actuaciones.
18. Realizar los cursos institucionales que se soliciten durante el contrato.
19. Reintegrar los recursos no ejecutados en el plazo establecido en el acta de liquidación, si diera a lugar.
20. Presentar informes a Gerencia o asesor de gerencia de manera oportuna cuando sea requeridos, con los soportes correspondientes.
21. Presentar informes al Supervisor mensuales y final sobre la ejecución del Contrato en cumplimiento del objeto contractual.

PARAGRAFO PRIMERO: Cumplir con los requisitos del plan estratégico de seguridad vial de la E.S.E conforme a lo estipulado, en la Resolución 20223040040595 de 2022 del Ministerio de Transporte y demás normatividad vigente, en caso de tener medio transporte propio, para sus desplazamientos en cumplimiento de su objeto contractual, el cual lo hace de manera independiente y bajo su total responsabilidad y obligación.

PARAGRAFO SEGUNDO: El contratista deberá pagar bajo su propia responsabilidad y autonomía las obligaciones al sistema de seguridad social integra (salud, pensión), de acuerdo con el Art. 50 de la Ley 789 de 2002 y articulo 2.2.1.1.1.7 del Decreto 1273 de 2018 y las cotizaciones al Sistema General de Riesgos Laborales en riesgo III, de conformidad con el Decreto 1072 de 2015 y demás normatividad vigente.

PARAGRAFO TERCERO: Hacer llegar a Talento Humano Certificación de Afiliación a Riesgos Laborales dentro de los tres (3) días siguientes a la firma del acta de Inicio.

PARAGRAFO CUARTO: Aportar para efectos del pago, la planilla y certificado de cumplimiento en el pago de aportes al SGSS (Sistema General de Seguridad Social), y parafiscales de conformidad con la normatividad vigente.

PARÁGRAFO QUINTO: EL CONTRATISTA, se obliga con la E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FÓMEQUE, a participar activamente en la POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN implementada y EN LOS PROCESOS DE HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN y demás políticas Institucionales adoptadas por la E.SE. y presentar soporte mensual obligatorio (acta de informe de participación, planilla de asistencia, registro fotográfico, etc.) con la cuenta de cobro, si durante el mes de la misma fuese convocado, a nivel presencial o virtual, a alguna de las actividades de las políticas Institucionales

VALOR DE LA PROPUESTA: El valor de la propuesta es SIETE MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS VIENTE PESOS ($7.377.920) MCTE .

FORMA DE PAGO:

Se realizará un pago por valor de UN MILLON OCHOCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS OCHENTA PESOS ($1.844.480) con corte a 30 de septiembre de 2026, debiendo realizar 16 turnos y tres (3) pagos mensuales por las actividades realizadas en cumplimiento del Objeto contractual por valor de UN MILLON OCHOCIENTOS

CUARENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS CUARENTA PESOS ($1.844.480) MCTE, sin exceder el valor del presente contrato; previa certificación de cumplimiento a satisfacción expedida por el supervisor del contrato de las actividades ejecutados en el periodo establecido; con presentación del informe cualitativo y cuantitativo de ejecución y previa verificación y certificación del SUPERVISOR.

PARAGRAFO PRIMERO. No se puede exceder el valor del presente contrato; y para todos los efectos del pago, es necesario la certificación de cumplimiento a satisfacción expedida por el supervisor del contrato de las actividades ejecutados en el periodo ejecutado; con presentación del informe cualitativo y cuantitativo de ejecución y previa verificación y certificación del SUPERVISOR.

PARÁGRAFO SEGUNDO. La certificación del Supervisor debe especificar el cumplimiento del objeto y el monto a cancelar. Discriminando el resumen ejecutivo de los servicios prestados y reconocidos. Por ello, se realizará los pagos, previa verificación y certificación del SUPERVISOR, como único responsable de la Ejecución del Contrato. Valor que incluye retenciones, impuestos, tasas, contribuciones y descuentos de ley, y todo costo directo e indirecto que la ejecución contractual conlleva y la acreditación de pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud-Pensión-Riesgos Laborales y la presentación de la respectiva factura y/o cuenta de cobro; de acuerdo con el Art. 50 de la Ley 789 de 2002 y artículo 2.2.1.1.1.7 del Decreto 1273 de 2018.

PARÁGRAFO TERCERO. El supervisor que no verifique el pago al sistema de seguridad social integral y aportes parafiscales incurrirá en causal de mala conducta y estará sujeto a las sanciones establecidas en el Código Único Disciplinario (Ley 1952 de 2019).

PARÁGRAFO CUARTO. El término del pago sólo empezará a contarse desde la fecha que se presente en debida forma la totalidad de los documentos exigidos para el efecto. Las demoras que se presenten por estos conceptos serán responsabilidad del contratista y no tendrá por ello al pago de intereses o compensación de ninguna naturaleza.

PARÁGRAFO QUINTO. EL HOSPITAL, podrá en cualquier momento consignar, inclusive vía transferencia electrónica el valor facturado por el contratista en la cuenta bancaria comunicada y certificada por el mismo, de la cual deberá ser titular. En todo caso, previa certificación del Supervisor, discriminando resumen ejecutivo de los servicios prestados y reconocidos, en la cual especifica el cumplimiento del objeto y el monto a cancelar y sujeto al flujo de caja de la ESE.

PARÁGRAFO SEXTO. El contratista pagará todos los impuestos, tasas y/o contribuciones que se deriven de la ejecución del contrato, de conformidad con la Ley colombiana.

PARÁGRAFO SEPTIMO: El último pago del presente contrato está sujeto a certificación por parte del contratista y del supervisor del cumplimiento del aporte del 40% del IBC del contrato en seguridad social de conformidad con la normatividad vigente del contrato; y la suscripción del ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN, suscrita por el CONTRATISTA y el SUPERVISOR.

SEGURIDAD SOCIAL: Me comprometo de acuerdo a la normatividad vigente a la obligación legal de todo Contratista **Independiente, a realizar las afiliaciones al Sistema General de Seguridad Social en Pensión, Salud y Riesgo Laboral**, a realizar los aportes por mi cuenta y acreditar tales afiliaciones y pagos ante la entidad contratante (E.S.E.), así como acreditar mi registro en el RUT como contratista independiente en la actividad para la cual voy a ser contratado (a).
En cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 18 de la Ley 1122 de 2007, los aportes como contratista independiente serán del 40% de los ingresos mensuales recibidos por el contratista, que en ningún caso podrá ser inferior a un salario mínimo legal vigente, ni superior a 25 salarios mínimos legales vigentes.

INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD: Declaro que no me hallo incurso (a) en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad establecidas en la Ley y que tampoco me encuentro incursa en ninguno de los eventos previstos como prohibiciones especiales para contratar.

INDEMNIDAD: Me Comprometo a mantener indemne a **EL HOSPITAL** de los reclamos, demandas, acciones legales, y costos que surjan con ocasión a la ejecución del fututo contrato, con cargo a esta oferta. Igualmente de los reclamos, demandas, acciones legales, o costos que se generen por daños o lesiones que se causen a terceros ocasionados por mi como CONTRATISTA, durante la ejecución del contrato. En caso de demandas, reclamaciones o acciones legales contra **EL HOSPITAL** y que sean de responsabilidad mía como CONTRATISTA, conforme a lo pactado en el contrato, este me será notificado, obligándome a mantener indemne a **EL HOSPITAL** y a responder por dichas reclamaciones y todos los costos que se generen.

CONFIDENCIALIDAD: A menos que se especifique de otra forma durante el contrato, me comprometo expresamente a mantener de manera confidencial toda información recibida, de acceso al sistema, plataformas, archivos, durante la ejecución del contrato, cuya propiedad y/o confidencialidad es de exclusividad del Hospital. y que no se usará tal información para fines personales, sociales, o que dañen la imagen del Hospital. Toda información revelada por **EL HOSPITAL** a la cual acceda el CONTRATISTA, durante el termino de ejecución del contrato se tratará como confidencial, obligándome a que se extenderá por (3) tres años siguientes al conocimiento de la información confidencial. En Caso Contrario el HOSPITAL podrá dar traslado a las Autoridades Civiles y penales, sin Previo Aviso. De Igual forma **El HOSPITAL** por su parte se obliga y obligará a mantener la información confidencial del CONTRATISTA.

DOCUMENTOS: Me comprometo a entregar a la E.S.E. la totalidad de los documentos solicitados para la suscripción del contrato, así como las pólizas y demás documentos a que haya lugar para la legalización y ejecución del contrato.

DIRECCION: Manifiesto que mi dirección de domicilio y notificación personal es CALLE 7 4-26 Fómeque mi correo electrónico de notificación y comunicación contractual es: nidiacristinaromero2@gmail.com y mi número de celular para comunicación durante la ejecución del contrato es 3202689666

Adjunto a la presente Oferta, Anexos : 1 y 3 que forman parte integral de la presente oferta.

Declaro, bajo la gravedad de juramento como consta con mi firma, que los documentos aportados en la presente propuesta, pueden ser verificados por la E.S.E, ya que presumen de autenticidad de conformidad con la Ley 962 de 2005 y el Decreto 019 de 2012 y los artículos 10°, 11°, 12 ° y ss., de la Ley 1581 de 2012 y demás normatividad vigente; garantizando la trazabilidad y veracidad de los soportes aportados (perfil, certificaciones, experiencia, cursos y de más documentos solicitados) y demás disposiciones legales vigentes colombianas , y me hago responsable civil y/o penalmente de cualquier falsedad ante la justicia ordinaria, Fiscalía y Procuraduría General de la Nación.

Agradezco la oportunidad de aceptar la presente oferta de mis servicios a esa Entidad.

Cordialmente,

NIDIA CRISTINA ROMERO TORRES

C.C. 20.533.049

	E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FÓMEQUE- CUNDINAMARCA PROCESO DE APOYO-GETIÓN JURÍDICA CONTRATACIÓN FORMATO CONOMIENTO DEL CLIENTE O TERCERO	Código: PA-GJC-FT-005 Vigencia: MAYO 2030 Versión: 1 Página 1 de 1	SURORIENTE

Fecha de diligenciamiento	28	Agosto	2026	Ciudad o Municipio	Fómeque	Departamento	Cundinamarca

CASE DE VINCULACIÓN

Proveedor		Asistencial		Administrativo		Colaborador	

DATOS PERSONA NATURAL

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
NIDIA	CRISTINA	ROMERO	TORRES

Tipo de Identificación				No. De Identificación	Lugar de Expedición	Fecha de Expedición
CC	CE	TI	OTRO	20533049	Fómeque - Cundinamarca.	15 Mayo 1997

Fecha de nacimiento	20	NOV	1978	Lugar de nacimiento		Teléfono y/o celular	3202689666
Dirección de residencia	Calle 7 - # 4-26 San Miguel				Profesión u Oficio	Auxiliar de Farmacia.	
Estado civil	Soltera.				Correo Electrónico	nidiacristh@gmail.com	

FECHA DE CORTE DE INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Activos	$ 16.164 000	Total Pasivos	0	Total Patrimonio	0
Ingresos mensuales	1'730-000	Egresos Mensuales	1'500.000	Otros ingresos mensuales	0

MARQUE CON UNA (X) SEGÚN CORRESPONDA DE ACUERDO A SU PERFIL, CARGO O PROFESIÓN

¿Maneja recursos públicos?	SI	X	¿Tiene reconocimiento público?	SI	NO X
¿Ejerce algún grado de poder público?	SI	NO X	¿Es familiar de una persona públicamente expuesta?	SI	NO X
¿Es Ud. sujeto de obligaciones tributarias en otro país?				SI	NO X

DATOS PERSONA JURIDICA

Nombre o razón social	NIT	DV

Tipo de Empresa	Pública	Privada	Mixta	Sector económico		CIIU	

FECHA DE CORTE DE INFORMACIÓN FINANCIERA

		DD	MM	AA
Total Activos		Total Pasivos		Total Patrimonio	

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

Tipo de identificación				No. De Identificación	Lugar de Expedición	Fecha de Expedición
CC	CE	TI	OTRO			

Identificación de accionistas que tenga directa o indirectamente más del 5% del capital social, Aporte o participación en la sociedad

Nombres y Apellidos	Tipo ID	Tipo y Número ID	¿Por su actividad o cargo, goza de Reconocimiento público, Poder Político y/o maneja Recursos públicos? Registre SI/NO y especifique claramente

ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza transacciones en moneda extranjera?	SI	NO	Especifique cual	
¿Posee productos financieros en el exterior?	SI	NO	Especifique cual	

Producto	No. De producto	Moneda	Monto	Entidad	Ciudad	Pais

DECLARACIÓN ORIGEN DE FONDOS

Declaro de manera voluntaria que mi actividad, profesión u oficio es lícito y lo consignado es cierto y verificable. La información registrada tiene como propósito, contribuir a la prevención y control del lavado de activos y financiación del terrorismo LA/FT. Me comprometo a entregar la información actualizada cada vez que se requiera y su incumplimiento faculta a la ESE Hospital San Vicente de Paúl de Fómeque, para rescindir del contrato.
Manifiesto que no he sido responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la Administración Pública cuya pena sea privativa de la libertad o que afecten el patrimonio del Estado o por delitos relacionados con LA/FT, o la pertenencia, promoción o financiación de grupos ilegales, delitos contra lesa humanidad, narcotráfico, fraude, testaferrato o corrupción.
Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (Detalle ocupación, oficio, actividad o negocio)

Origen de fondos: contratista Auxiliar de farmacia

CONSIDERACIONES Y AUTORIZACIONES

1. Los datos personales solicitados en el presente formato son recogidos atendiendo las disposiciones e instrucciones de la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para prevenir y controlar el Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo LA/FT.
2. Que conforme con lo dispuesto por el literal b) de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos que tenga por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del Lavado de Activos y el -financiamiento del Terrorismo, por lo que en principio su utilización, no requerirá de autorización de su titular.
3. Acepto la verificación de Listas y demás controles SARLAFT realizadas por la ESE Hospital San Vicente de Paúl de Fómeque, de manera que velaré por su cumplimiento manteniendo los controles para evitar que la ESE sea utilizada en actividades ilícitas.
4. Acepto que en caso de incumplimiento la ESE Hospital San Vicente de Paúl de Fómeque dé por terminado unilateralmente, y sin que haya lugar a indemnización alguna a favor mío, el/los contrato(s) que haya celebrado con la ESE.
5. Que modificaré e informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración.

COMO CONSTANCIA DE LA VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO	HUELLA

Para uso exclusivo de la ESE Hospital San Vicente de Paul de Fomeque

Nombres y Apellidos	
Cargo	
Identificación	
Observaciones	

Fómeque, 11 SEP 2026

Señores
ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE
Fómeque - Cundinamarca

Asunto: Declaración de ausencia de inhabilidades e incompatibilidades para contratar.

El/la suscrito/a Nidia Cristina Romero, identificado/a con cédula de ciudadanía N° 20533049 de Fómeque, declaro bajo la gravedad del juramento, de forma libre, espontánea y consciente, que el abajo firmante, que se vincula para en cumplimiento del objeto contractual no me encuentro incurso en ninguna causal de inhabilidad, incompatibilidad, conflicto e intereses y/o prohibición, de las señaladas en la Constitución Política y en la Ley, especialmente:

1- Estar incursos en las causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con entidades públicas de conformidad con lo establecido en la constitución y las leyes.

2- Estar incurso en cualquiera de las causales de inhabilidad e incompatibilidad de que trata el artículo 8 de la ley 80 de 1993 y las normas que lo modifiquen o lo sustituyan.

3- Estar incurso el suscrito, en alguna de las causales de inhabilidad por incumplimiento reiterado, que genere la imposición de multas o declaratoria de incumplimiento de conformidad con lo previsto en el artículo 90 de la ley 1474 de 2011 y las normas que lo modifiquen o lo sustituyan.

4- No tener conocimiento sobre la existencia de procesos pendientes de carácter alimentario y que cumplo con las obligaciones de familia. Lo anterior para dar cumplimiento al artículo 6° de la Ley 311 de 1996.

5- No haber desempeñado el suscrito, funciones públicas al interior de la ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE dentro de los dos años anteriores a la fecha de la presentación de la propuesta, o estar desempeñando cargo público en la ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE, ni en ninguna otra institución del Estado.

6- No soy cónyuge o compañero(a) permanente con servidores públicos del nivel directivo, asesor o de control interno de la ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE, ni tengo parentesco con ellos dentro del primer y segundo grado de consanguinidad, afinidad o civil

7- No me encuentro relacionado en ninguna lista restrictiva de lavado de activos de ningún país, como las denominadas Listas OFAC, Lista Clinton o en listas nacionales o internacionales de organismos policiales, judiciales o de inteligencia por posibles vínculos con organizaciones delictivas.

La presente declaración se suscribe con el fin de acreditar los documentos para trámite de contratación.

Atentamente,

NOMBRES Y APELLIDOS	Nidia Cristina Romero Torres
FIRMA ORIGINAL	
IDENTIFICACIÓN	20533049
DIRECCIÓN	calle 7-4-26 Fómeque
TELÉFONO O CELULAR	3202689666
CORREO ELECTRONICO	nidiacristinaromero2@gmail.com