FORMATO N° 1

23 SEP 2026

CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

SEÑORES
E.S.E POPAYÁN
CIUDAD

OBJETO **PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES EN EL PROCESO DE GESTION AMBULATORIA, PROPIAS DEL FORTALECIMIENTO DEL NIVEL PRIMARIO EN LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYAN E.S.E., EN EL MARCO DE LA RESOLUCIÓN No.00001010 DEL 23 DE MAYO DE 2025 EN EL MUNICIPIO DE CALDONO.**de conformidad con lo requerido por la entidad.

La suscrita **MARICELA MONGE CASSO** de acuerdo con las bases del proceso hacemos la siguiente propuesta para **PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES EN EL PROCESO DE GESTION AMBULATORIA, PROPIAS DEL FORTALECIMIENTO DEL NIVEL PRIMARIO EN LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYAN E.S.E., EN EL MARCO DE LA RESOLUCIÓN No.00001010 DEL 23 DE MAYO DE 2025 EN EL MUNICIPIO DE CALDONO**

en caso que sea aceptada nos comprometemos a firmar el contrato correspondiente.

Declaramos así mismo:

- Que esta propuesta y el contrato que llegare a celebrarse sólo compromete a los firmantes de esta carta.

- Que ninguna persona distinta a los firmantes, tiene interés comercial en ésta propuesta ni en el contrato probable que de ella se derive.

- Que conocemos la información general y demás documentos del presente proceso y que aceptamos los requisitos en ellos contenidos.

- Que no nos hallamos incursos en causal alguna de inhabilidad e incompatibilidad señaladas en la ley y que no nos encontramos en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar.

- Que hemos visitado los sitios en los cuales se van a ejecutar las obras y analizado los distintos aspectos (ubicación, acceso, condiciones de los predios, etc.), (si aplica).

- Que, si se nos adjudica el contrato, nos comprometemos a constituir las garantías requeridas y a suscribir éstas y aquél d|1entro de los términos señalados para ello.

- Manifiesto (amos) el conocimiento y aceptación y cumplimiento de todas las especificaciones técnicas contenidas en el proceso y en tal sentido me obligo con la entidad a dar cumplimiento estricto a los mismos en caso de que se adjudique el contrato.

- Que las firmas realizadas en todos los documentos de la propuesta son veraces, no son falsificadas ni alteradas.

Atentamente,

Alejandra Tuchez B

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PROPONENTE
C.C.NO. 1017233482
NIT:

FORMATO COMPLETO

Libertad y Orden

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Trochez	Barona	Alejandra

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1017233482	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 28 MES 07 AÑO 1995

PAÍS COLOMBIA

DEPTO CAUCA

MUNICIPIO SANTANDER DE QUILICHAO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

SIBERIA

PAÍS COLOMBIA DEPTO CAUCA

MUNICIPIO CALDONO

TELÉFONO 3136559846 EMAIL alejatrochez.95@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (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	10	X		ENFERMERIA	12	2019	25743

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 COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

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

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO 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 ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD IPS INDIGENA UKAWESX NASA CXHAB			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CAUCA	*MUNICIPIO* CALDONO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3148930656	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Dia	01	*Mes*	08	*Año*	2025	*Dia*	31	*Mes*	10	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1958 1 2010 ENFERMERA	*DEPENDENCIA* ATENCION PRIMARIA EN SALUD APS						*DIRECCIÓN* CARRERA 3 4 126 BARRIO BOLIVAR					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD IPS INDIGENA UKAWESX NASA CXHAB			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CAUCA	*MUNICIPIO* CALDONO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3148930656	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Dia	03	*Mes*	01	*Año*	2025	*Dia*	31	*Mes*	07	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1958 1 2010 ENFERMERA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL						*DIRECCIÓN* CARRERA 3 4 126 BARRIO BOLIVAR					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD IPS INDIGENA UKAWESX NASA CXHAB			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CAUCA	*MUNICIPIO* CALDONO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3148930656	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Dia	01	*Mes*	01	*Año*	2024	*Dia*	31	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1958 1 2010 ENFERMERA	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL						*DIRECCIÓN* CARRERA 3 4 126 BARRIO BOLIVAR					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ASOCIACION DE CABILDOS UKAWESX NASA CXHAB DE CALDONO			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CAUCA	*MUNICIPIO* CALDONO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3148930656	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año* 2023	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1958 1 2010 ENFERMERA	*DEPENDENCIA* COORDINADORA PIC					*DIRECCIÓN* CARRERA 3 4 126 BARRIO BOLIVAR					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD ASOCIACION DE CABILDOS UKAWESX NASA CXHAB DE CALDONO			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CAUCA	*MUNICIPIO* CALDONO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3148930656	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año* 2022	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1958 1 2010 ENFERMERA	*DEPENDENCIA* COORDINADORA PIC					*DIRECCIÓN* CARRERA 3 4 126 BARRIO BOLIVAR					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD ASOCIACION DE CABILDOS UKAWESX NASA CXHAB DE CALDONO			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CAUCA	*MUNICIPIO* CALDONO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3148930656	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	09	*Mes*	06	*Año* 2021	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1958 1 2010 ENFERMERA	*DEPENDENCIA* ENFEREMERA PIC					*DIRECCIÓN* CARRERA 3 4 126 BARRIO BOLIVAR					

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	4	4
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO __ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E 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 Caldono - 17/09/2026

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.017.233.482
TROCHEZ BARONA

APELLIDOS
ALEJANDRA

NOMBRES
Alejandra Trochez B

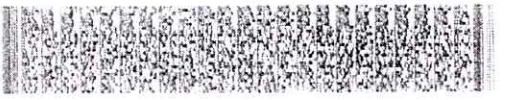
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 28-JUL-1995
SANTANDER DE QUILICHAO
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.52 A+ F
ESTATURA G.S. (RH) SEXO
30-JUL-2013 MEDELLIN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-3100100-00420580 I-1000340-20130902 0034965255A 1 MINISTRO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141130987024

(415)7707212489984(8020) 000014113098702 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 0 1 7 2 3 3 4 8 2	1	Impuestos y Aduanas de Popayán	1 7	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadania 1 3	1 0 1 7 2 3 3 4 8 2	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Antioquia 0 5	Medellín 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
TROCHEZ	BARONA	ALEJANDRA	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cauca 1 9	Caldono 1 3 7

41. Dirección principal: CORR SIBERIA CLL PRINCIPAL

42. Correo electrónico: alejandratb.95@hotmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 2 1	2 0 2 0 0 5 2 2	4 7 5 2	2 0 2 2 0 8 0 1	4 7 5 4			

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 5																									

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

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 2024-09-27 / 10:59:54PM

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

23 SEP 2026

FORMATO CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES Y/O CONSULTAS

SEÑORES
E.S.E POPAYÁN
CIUDAD

OBJET PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES EN EL PROCESO DE GESTION AMBULATORIA, PROPIAS DEL FORTALECIMIENTO DEL NIVEL PRIMARIO EN LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYAN E.S.E., EN EL MARCO DE LA RESOLUCIÓN No.00001010 DEL 23 DE MAYO DE 2025 EN EL MUNICIPIO DE CALDONO conformidad con lo requerido por la entidad.

EL SUSCRITO DECLARA QUE:

CONOZCO LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD PARA CONTRATAR CON LAS ENTIDADESESTATALES DE CONFORMIDAD CON LAS LEYES: 80 DE 1993, 1150 DE 2007, 1474 DE 2011 Y DEMÁS NORMASSOBRE LA MATERIA.

DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO MANIFIESTO, QUE NO ME ENCUENTRO PERSONAL NATURAL ( ) , PERSONA JURÍDICA ( ), INCURSO EN NINGUNA DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD O INCOMPATIBILIDAD PREVISTAS EN EL ARTÍCULO 127 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA, EN LOS ARTÍCULOS 8º Y 9º DE LA LEY 80 DE 1993, 199 ARTÍCULO 18 DE LA LEY 1150 DE 2007, Y ARTÍCULO 2.2.1.1.2.2.5 DEL DECRETO 1082 DEL 2015 Y EN LAS DEMÁS NORMAS QUE LAS ACLAREN, MODIFIQUEN O DEROGUEN, ASÍ COMO EN LAS DEMÁS NORMAS CONCORDANTES Y VIGENTES SOBRE LA MATERIA, COMO LO ES EL ARTÍCULO 90 DE LA LEY 1474 DE 2011. DE IGUAL FORMA MANIFIESTO QUE NO ME ENCUENTRO O LA(S) PERSONA(S) POR MI REPRESENTADA(S) NO SE ENCUENTRA(N) EN EL BOLETÍN DE RESPONSABLES FISCALES DE LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA.

DADO EN EL MUNICIPIO DE _____ A LOS _____ DEL MES _____ DEL 20_____

Alejandra Tuchez B

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PROPONENTE
C.C.NO. 1017233482
NIT:

(ES OBLIGATORIA LA PRESENTACIÓN DE ESTE FORMATO CON LA PROPUESTA Y DEBE SER DILIGENCIADAPOR CADA UNO DE LOS MIEMBROS DEL CONSORCIO Y/O UNION TEMPORAL, CUANDO A ELLO HUBIERE LUGAR).

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

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

CERTIFICA

Que Alejandra Trochez Barona, identificado(a) con CC número 1017233482, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1017233482
NOMBRES Y APELLIDOS	Alejandra Trochez Barona
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	28/07/1995
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/06/2019
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	77 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	47 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	29/07/2026
NIVEL SISBEN	1
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1017233482 ALEJANDRA TROCHEZ BARONA Desde 29/07/2026 - Vigente CEDULA DE CIUDADANIA 1017233482 ALEJANDRA TROCHEZ BARONA Desde 12/02/2026 Hasta 30/04/2026CEDULA DE CIUDADANIA 1017233482 ALEJANDRA TROCHEZ BARONA Desde 01/08/2025 Hasta 31/10/2025

Generado por interfaces 16/09/2026

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

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

ALEJANDRA TROCHEZ BARONA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.017.233.482**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 16 de Septiembre del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 303047894

PIB
12:48:17

Bogotá DC, 16 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) ALEJANDRA TROCHEZ BARONA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1017233482:

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 Politica 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 16 de septiembre de 2026, a las 12:49:17, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1017233482
Código de Verificación	101723348226091612491 7

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:50:11 PM horas del 16/09/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1017233482**
Apellidos y Nombres: **TROCHEZ BARONA ALEJANDRA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

DIJIN

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

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 16/09/2026 12:51:06 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1017233482** y Nombre: **ALEJANDRA TROCHEZ BARONA.**

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. **147799171** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

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

GOV.CO

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 1017233482 **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 16/09/2026 02:12 PM

Código Verificación: **7WK63524VG**

Válida hasta: **16/12/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:54:09 horas del 16/09/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1017233482**, Apellidos y Nombres **TROCHEZ BARONA ALEJANDRA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE POPAYAN**, con NIT **900145579-1** 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

FORMATO AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.

Ciudad y Fecha 23 SEP 2026

SEÑORES
E.S.E POPAYÁN
CIUDAD

OBJETO PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES EN EL PROCESO DE GESTION AMBULATORIA, PROPIAS DEL FORTALECIMIENTO DEL NIVEL PRIMARIO EN LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYAN E.S.E., EN EL MARCO DE LA RESOLUCIÓN No.00001010 DEL 23 DE MAYO DE 2025 EN EL MUNICIPIO DE CALDONO de conformidad con lo requerido por la entidad.

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por el **E.S.E POPAYÁN** de lo siguiente:

1. **LA E.S.E POPAYÁN** actuará como responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme a la ley
2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, la cual consiste en: AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.
3. Es de carácter facultativo o voluntario responder preguntas que versen sobre Datos Sensibles o sobre menores de edad.
4. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales.
5. Los derechos pueden ser ejercidos a través de los canales dispuestos por el **E.S.E POPAYÁN** y observando la Política de Tratamiento de Datos Personales.
6. Mediante la página web de la entidad **E.S.E POPAYÁN** podré radicar cualquier tipo de requerimiento relacionado con el tratamiento de mis datos personales.
7. **LA E.S.E POPAYÁN** garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento. Cualquier cambio será informado y publicado oportunamente en la página web.
8. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la **E.S.E POPAYÁN** para tratar mis datos personales y tomar mi huella y fotografía de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales
9. La información obtenida para el Tratamiento de mis datos personales la he suministrado De forma voluntaria y es verídica.

DADO EN EL MUNICIPIO DE _____ A LOS _____ DEL MES _____ DEL 20_____

Alejandra Tuchez B

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PROPONENTE
C.C.NO. 1017233482
NIT:

(ES OBLIGATORIA LA PRESENTACIÓN DE ESTE FORMATO CON LA PROPUESTA Y DEBE SER DILIGENCIADA POR CADA UNO DE LOS MIEMBROS DEL CONSORCIO Y/O UNION TEMPORAL, CUANDO A ELLO HUBIERE LUGAR).

Sistema Gestión de Calidad	FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO PERSONAS NATURALES Y JURÍDICAS SARLAFT	FGADM-01 VERSIÓN 1 Fecha: Diciembre 2016 Pagina 1 de 3

Fecha de diligenciamiento: 17 de septiembre de 2026 | Ciudad: Caldono | Tipo de Solicitud: Nuevo [x] Actualización [ ]

Clase de vinculación: Empleado [ ] Proveedor servicios salud [ ] Proveedor suministros [ ] Contratista [X]

1. PERSONA NATURAL

Apellidos: Trochez Barona | Nombres: Alejandra

CC [X] CE [ ] RUT [ ] Otro [ ] Cuál [ ] No. 1017233482 | Fecha Nacimiento: 28/07/1995

Lugar de Nacimiento: Santander de Quilichao | Nacionalidad: Colombiana | Ocupación/Oficio: Enfermera

Profesión: Enfermero | Teléfono: 3107514098 | Celular: 3136559846

Dirección Residencia: Siberia | Municipio: Caldono

Ingresos Mensuales: | Egresos:

Activos: $30,000,000 | Pasivos: $

Patrimonio: $ | Otros Ingresos: $

Concepto otros ingresos:

2. PERSONA JURÍDICA

Nombre o Razón Social: | NIT: | DV:

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

Tipo de Contribuyente: Rég. Común [ ] Gran Contribuyente [ ] | Otras Entidades:

Fecha de constitución Cámara de Comercio: dd / mm / Año | Correo electrónico empresarial:

Dirección Oficina Principal: | Municipio: | Tél.:

Dirección Sucursal/Agencia: | Municipio: | Tél.:

Representante Legal: primer apellido / segundo apellido / primer nombre / segundo nombre

CC [ ] CE [ ] Otro [ ] Cuál [ ] No. | Fecha Nacimiento: dd / mm / Año

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

ID	Número ID	Apellidos y Nombres	¿Por su actividad o cargo administra recursos públicos?	¿Por su actividad o cargo ejerce algun grado de poder público?	¿Por su actividad o cargo goza de reconocimiento público?	¿Está obligado a declaración tributaria en otros países? Cuales
			Si [ ] No [ ]	Si [ ] No [ ]	Si [ ] No [ ]	
			Si [ ] No [ ]	Si [ ] No [ ]	Si [ ] No [ ]	
			Si [ ] No [ ]	Si [ ] No [ ]	Si [ ] No [ ]	
			Si [ ] No [ ]	Si [ ] No [ ]	Si [ ] No [ ]	
			Si [ ] No [ ]	Si [ ] No [ ]	Si [ ] No [ ]	

Ingresos Mensuales: $ | Egresos: $

Activos: $ | Pasivos: $

Patrimonio: $ | Otros Ingresos: $

Concepto otros ingresos:

3. PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA - PEP

¿Por su cargo maneja recursos públicos? Si [ ] No [x]

¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? Si [ ] No [X]

¿Por su actividad u oficio goza usted de reconocimiento público general? Si [ ] No [x]

¿Existe algún vinculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta? Si [ ] No [X]

¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países? Si [ ] No [X]

Declaro expresamente que:

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

Origen:

5. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza operaciones en moneda extranjera? Si [ ] No [ ] Importaciones [ ] Exportaciones [ ] Inversiones [ ]

Transferencias [ ] Otras [ ] Indique otras operaciones

¿Posee productos financieros en el exterior? Si [ ] No [ ] Posee cuentas bancarias en moneda extranjera? Si [ ] No [ ]

Tipo de producto	Identificación del producto	No. del producto	Monto $	Ciudad	País	Moneda

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

Con la suscripción de este formato declaro que no me encuentro en ninguna lista de las establecidas a nivel nacional o internacional para el control de lavado de activos o financiación del terrorismo; así mismo me responsabilizo entre la Empresa Social del Estado Popayán E.S.E., porque mis empleados, accionistas, miembro de junta directiva o junta de socios, representante legal y revisor fiscal, tampoco se encuentra en dichas listas y me comprometo a actualizar anualmente la información o en un tiempo menor en caso de que ocurra cambios en la información suministrada a la Empresa Social del Estado Popayán E.S.E.

7. CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

Con la suscripción de éste documento autorizo a la Empresa Social del Estado Popayán E.S.E. A:

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

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

Declaro que los recursos utilizados para el cumplimiento de las obligaciones a mi cargo, objeto del presente contrato no provienen no provendrán de actividades ilícitas tales como el narcotráfico, terrorismo y financiamiento del terrorismo, lavado de activos, testaferrato, tráfico de estupefacientes o delitos contra el orden constitucional, o que de alguna manera contrarien las leyes de la República, la moral o las buenas costumbres. Así mismo se obliga con la E.S.E. Popayán a implementar las medidas tendientes a evitar que sus operaciones puedan ser utilizadas sin su conocimiento y consentimiento como instrumento para el ocultamiento, manejo, inversión o aprovechamiento en cualquier forma de dinero u otros bienes provenientes de actividades delictivas o para dar apariencia de legalidad a estas actividades en virtud de esto, el cliente autoriza a ser consultado en base de datos.

La E.S.E. Popayán terminara de manera unilateral e inmediata el presente contrato, cuando el cliente, sus socios o accionistas y/o administradores llegaran a ser:

1 Vinculados por parte de las autoridades competentes a cualquier tipo de investigación por delitos de narcotráfico, terrorismo y financiación del terrorismo, lavado de activos, testaferrato, trafico de estupefacientes o delitos contra el orden constitucional.

2 Sea vinculado en listas para el control de lavados de activos y financiación del terrorismo administradas por cualquier autoridad nacional o extranjera.

3 Sea condenado por parte de las autoridades competentes en cualquier tipo de proceso judicial relacionado con la comisión de delitos de igual o similar naturaleza a los indicados en ésta cláusula.

El suscriptor de éste documento, indemnizará y mantendrá libre de cualquier daño a la E.S.E. Popayán por cualquier multa o perjuicio que fueran probados y que sufra la E.S.E. Popayán por parte del suscripto de las obligaciones que apliquen en materia de prevención de riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo, así como cualquier reclamo judicial, extrajudicial y/o administrativo que autoridades competentes inicien en contra de la E.S.E. Popayán por o con ocasión de dicho incumplimiento. De igual manera el cliente se compromete a dar las explicaciones a que hubiere lugar originadas por el mencionado incumplimiento a la E.S.E. Popayán y a los terceros que éste le indique.

8. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1 Fotocopia de documento de identidad de la persona natural o persona jurídica ☐

2 Fotocopia del documento de identidad del Representante Legal ☐

3 Certificado de existencia y representación legal con vigencia no superior a dos meses para personas jurídicas ☐

9. FIRMA Y HUELLA

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



FIRMA PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL

10. INFORMACIÓN RESERVADA PARA LA ENTIDAD

Recopilación y verificación de la información

- ☐ La Cédula de Ciudadanía coincide con el nombre suministrado
- ☐ Se confirma los datos registrados en el formato

Verificación de las siguientes listas

- ☐ Lista emitida por el concejo de Seguridad de las Naciones Unidas (ONU)
- ☐ Lista SDN personas y empresas sancionadas por el gobierno de E.U.A.
- ☐ Lista de los mas buscados por Interpol
- ☐ Antecedentes Judiciales Policía
- ☐ Antecedentes Fiscales
- ☐ Antecedentes Disciplinarios
- ☐ Lista FBI
- ☐ Otra

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

ENCARGADO DE RECOPILAR LA INFORMACIÓN		ENCARGADO DE VERIFICAR LA INFORMACIÓN	
Nombre			
Tipo y Número de Documento		Tipo y Número de Documento	
Cargo		Cargo	
Extensión		Extensión	
Fecha dd / mm / aaaa	Hora	Fecha dd / mm / aaaa	Hora

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7- 47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que ALEJANDRA TROCHEZ BARONA, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.017.233.482 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuenta de Ahorros FlexiAhorro No. 111357281, abierta/o desde el 30/6/2020.

Se expide en Bogotá el día 17 del mes de Septiembre del año 2026

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

DRA. MARÍA PATRICIA GRANADOS ROMERO
LSST 13723
Médico Ocupacional

Caldono - Cauca
Teléfono : 301 278 9650
mpgranadosromero@gmail.com

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Tipo Evaluación: Pre-Ingreso

Conceptos Especiales: Osteomuscular



Realizado en				Fecha Emisión	Orden Servicio
CALDONO (Cauca)				2026-01-17	1546775
Nombres y Apellidos				Identificación	Sexo Biológico
ALEJANDRA TROCHEZ BARONA				CC 1017233482	Femenino
Fecha Nacimiento	Edad	Tipo Sangre - Rh *	Dirección Residencia		Teléfonos
1995-07-28	30 años	A+	SIBERIA CAUCA		3136559846
EPS			ARL		AFP
Sanitas			Positiva		Porvenir
Valoración realizada para el cargo			Empresa		Empresa Usuaria
PROFESIONAL DE APOYO (ENFERMERA)			Persona Natural		Persona Natural
Actividad Económica					
0081 - Personas Naturales sin Actividad Económica					

(*) Valor registrado según documento de identidad suministrado por el usuario

El siguiente concepto se emite conforme a la Resolución 1843 de 2025, de acuerdo con el perfil del cargo definido por la empresa y según los hallazgos de la Evaluación Médica Ocupacional realizada al usuario el 2026-09-15. Para emitir el concepto se analizaron los siguientes exámenes complementarios:

Exámenes complementarios no realizados.

CONCEPTO MÉDICO

- **Pre-Ingreso:** Sin restricciones de salud para que el trabajador desempeñe la labor.
- **Osteomuscular:** Sin hallazgos clínicos de patología osteomuscular aparente.

OBSERVACIONES GENERALES PARA EL TRABAJADOR

- Participar en las actividades de capacitación definidas en el SG-SST
- Estilos de vida saludable: Realizar ejercicio mínimo 3 veces a la semana, dieta equilibrada, consumo de agua, procurar adecuada higiene del sueño, evitar consumo de tabaco y alcohol.

OBSERVACIONES GENERALES PARA LA EMPRESA

- Inducción y capacitación periódica, acordes a las funciones y riesgos del cargo

Expedido por

Dra. Maria Patricia Granados Romero
CC. 1082943357
Especialista en Seguridad y Salud en el trabajo
Registro No: 1082943357, LSST: 13723

Recibido por

ALEJANDRA TROCHEZ BARONA
CC. 1017233482

Valide este documento en:
https://simeonips.com/validar/cmo/11j84dk7-mn8k-3b61-z8xi-qa2n32yxg5vw
Fecha Impresión: 2026-09-15 11:19:53 1102974

Institución Educativa
Los Comuneros de Siberia
Municipio de Caldono, Departamento del Cauca

Acta de Grado No. 28
Fecha: Diciembre 9 de 2011

Inscripción S. E.
DANE 219137000883

En Siberia, M/pio de Caldono a los 9 días del mes de Diciembre del año 2011 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes del último grado los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría de la: INSTITUCIÓN EDUCATIVA LOS COMUNEROS DE SIBERIA Institución autorizada en el Nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por la Secretaría de Educación del Departamento del Cauca para otorgar el Título de: BACHILLER EN LA MODALIDAD ACADÉMICA Según Resolución de Fusión No. 5734 del 17 de Diciembre de 2007

Comprobada la situación legal y Académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional se procedió a otorgar el Título de:

BACHILLER ACADÉMICO

Al graduando cuyo nombres, apellidos y número de documento de identificación se relacionan a continuación:

Alejandra Trochez Barona

T.I. No. 95072808771

Es fiel copia tomada del Acta de Original No. 28 de fecha de Diciembre de 2011 que consta de 49 graduandos que comienza con el nombre de: DAVID MAURICIO ALEGRIAS MURILLO y se cierra con el nombre de: LEIDY JOHANA VELASCO TOMBE

En constancia se firma la presente por quienes intervinieron en cumplimiento de lo ordenado en el Artículo 7° del Decreto 180 de 1981, el Decreto 921 de 1994 y el Decreto 1290 del 16 de Abril de 2009

FIRMADO Y SELLADO

Rector
José Aldemar Díaz Muñoz
C.C. No. 16.605.755 de Cali

Secretaria
Ana Florangel Contreras Rendón
C.C. No. 25.361.296 de Caldono, C.

Anotado al Folio No. 29 *del Libro de Control No.* 01

Siberia, M/pio de Caldono, C. a los 5 días del mes de Diciembre de 2011

Scanned with CamScanner

La República de Colombia

Ministerio de Educación Nacional y en su nombre la

Universidad Santiago de Cali

Con Personería Jurídica No. 2800 de 1959 del Ministerio de Justicia

Confiere el Título de

Enfermera

a

Alejandra Tróchez Barona

C.C. No. 1.017.233.482

En testimonio de ello se expide el presente Diploma en Santiago de Cali, Valle del Cauca, el día 13 del mes de Diciembre de 2019

Carlos Andrés Pérez Galindo
Rector de la Universidad

Lorena Gallardo Ordóñez
Secretaria General de la Universidad

No. 29336 -3

Scanned with CamScanner

USC
UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI

Acta de Grado

(No. 2541)

EN LA CIUDAD DE SANTIAGO DE CALI, CAPITAL DEL DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA, A LAS 3:00 P.M. DEL DIA 13 DE DICIEMBRE DE 2019, LA SECRETARÍA GENERAL DE LA UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI, HIZO ENTREGA DE LA PRESENTE ACTA A:

ALEJANDRA TROCHEZ BARONA
C.C No.1017233482

QUE ALEJANDRA TROCHEZ BARONA CON REGISTRO DE GRADO No.67468, CUMPLIÓ CON TODOS LOS REQUISITOS EXIGIDOS POR LA LEY PARA OPTAR SU TÍTULO PROFESIONAL. POR LO ANTERIOR, EN NOMBRE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y POR AUTORIZACIÓN DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL, LA UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI LE CONFIERE EL TÍTULO DE:

ENFERMERA

CÓDIGO SNIES 5098

QUE SU DIPLOMA DEBIDAMENTE REGISTRADO LE SERÁ ENTREGADO EN CEREMONIA SOLEMNE DE GRADUACIÓN EN FECHA FIJADA POR LA UNIVERSIDAD SEGÚN R-01 DE 2019

(FDO) SECRETARIA GENERAL DRA. LORENA GALINDO ORDOÑEZ

EN CONSTANCIA DE LO ANTERIOR SE FIRMA Y SELLA EN SANTIAGO DE CALI A LOS TRECE (13) DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DE DOS MIL DIECINUEVE (2019)

LORENA GALINDO ORDOÑEZ
SECRETARIA GENERAL

Proyectó y Revisó: Isabel Chavez Erazo
Aprobó: Dra. LORENA GALINDO ORDOÑEZ

№ 61406

Scanned with CamScanner

	Asociación de Cabildos Ukawe'sx Nasa C'xhab Resolución No. 0062 , Septiembre 12 de 1997– Dirección de Etnias, Ministerio del Interior y de Justicia *– Sa'th Tama Kiwe - Territorio Ancestral del Pueblo Nasa Caldono, Cauca – Colombia* *Programa de Salud IPS-I* *Nit. 817000224-7*		
	CODIGO: GD-F002	VERSION: 01	VIGENCIA: DIC 2025
Carrera 3 Nº 4-126 Barrio Bolívar - Caldono		Tel: 0928-473474	ukawesxnasa@yahoo.com

EL SUSCRITO AUXILIAR TECNICO DE TALENTO HUMANO DE LA IPS – INDIGENA ASOCIACIÓN DE CABILDOS UKAWESX NASA CXHAB

HACE CONSTAR QUE:

Una vez revisada la hoja de vida de señora: **ALEJANDRA TROCHEZ BARONA identificada** con cedula de ciudadanía No 1.017 .233.482 expedida en Medellín, se encuentra registrada en la base de datos como dinamizador activo en la IPS-I Asociación de Cabildos Ukawesx Nasa Cxhab, en base a la siguiente información con los siguientes contratos:

Orden de prestación de servicios No. 143-2021, desde el 09 de junio 2021 hasta el 31 de diciembre del 2021, con una duración de 6 meses, como Enfermera profesional en PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DEPARTAMENTAL en la Asociación de cabildos Ukawesx Nasa Cxhab de Caldono Cauca. con Honorarios mensuales de Dos Millones Novecientos Mil 2.900.000.

Orden de prestación de servicios No. 146-2022, desde el 01 de enero 2022 hasta el 31 de diciembre del 2022, con una duración de un año, como COODRINADORA DE PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS "PIC" en la Asociación de cabildos Ukawesx Nasa Cxhab de Caldono Cauca. con Honorarios mensuales de Tres Millones Ciento Veinte Mil 3.120.000

Orden de prestación de servicios No. 147-2023, desde el 01 de enero 2023 hasta el 31 de diciembre del 2023, con una duración de un año, como COODRINADORA DE PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS "PIC" en la Asociación de cabildos Ukawesx Nasa Cxhab de Caldono Cauca. con Honorarios mensuales de Tres Millones Ciento Veinte Mil 3.120.000.

Nasa walayath putx wewnxi "acuerdo nasa comunitario" NWPW NO– 201– 2024, desde el 01 de enero hasta el 31 de diciembre del 2024, con una duración de un año, desempeñándose en el cargo de **ENFERMERA PROFESIONAL** en la IPS UNIDAD DE CUIDADO ASOCIACIÓN DE CABILDOS UKAWESX NASA CXHAB Con una asignación mensual DOS MILLONES CEISIENTOS NOVENTA MIL CUATROCIENTOS OCHENTA PESOS M/Cte. (2,690,480) Caracterizándose por ser una persona activa,

puntual, respetuosa y responsable en cada uno de los procesos en los cuales ha trabajado dentro del programa de salud.

Nasa walayath putx wewnxi "acuerdo nasa comunitario" NWPW NO– 37– 2025, desde el 03 de enero hasta el 31de julio del 2025, con una duración de siete meses, desempeñándose en el cargo de **ENFERMERA PROFESIONAL** en la IPS UNIDAD DE CUIDADO ASOCIACIÓN DE CABILDOS UKAWESX NASA CXHAB Con una asignación mensual DOS MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES MIL CIENTO SESENTA Y CUANTRO PESOS M/Cte. (2,873,164) Caracterizándose por ser una persona activa, puntual, respetuosa y responsable en cada uno de los procesos en los cuales ha trabajado dentro del programa de salud.

Orden de prestación de servicios No. 231 -2025, desde el 1 de agosto del 2025 al 31 de octubre del 2025, con una duración de tres meses, desempeñándose en el cargo de Enfermera Profesional en Atención Primaria en Salud. En la Asociación de Cabildos Ukawesx Nasa Cxhab de Caldono, Caracterizándose por ser una persona activa, puntual, respetuosa y responsable en cada una de las actividades asignadas por el programa de salud.

Para constancia de lo anterior se firma en Caldono- Cauca (27) días del mes de noviembre del 2025 a petición de la interesada.

ANGI PAOLA PEÑA CHEPE
Auxiliar administrativo
Cel 3148930656

Certificación

El TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA, en su calidad de autoridad competente para ejercer el control disciplinario de la profesión de enfermería, CERTIFICA que, una vez realizada la verificación correspondiente en la base de datos institucional, ALEJANDRA TROCHEZ BARONA, con CC No. 1017233482, NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS por infracciones a la deontología consagrada en la Ley 911 de 2004, durante los cinco (5) años anteriores a la fecha de expedición de la presente constancia.

Esta certificación no acredita la calidad de profesional de enfermería ni la habilitación para el ejercicio de la profesión en Colombia, requisitos indispensables conforme a la normativa vigente.

Se expide a solicitud del interesado, en la ciudad de Bogotá, D.C., a 17 de septiembre de 2026.

Atentamente

EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

Nota: Para verificar la autenticidad del certificado escanee el código QR:

GOBIERNO DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DE TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERA



ALEJANDRA TRÓCHEZ BARONA
C.C. 1.017.233.482
Universidad Santiago De Cali
Cali
Fecha de Expedición Diploma: 13/12/2019
Fecha de Inscripción en Rethus: 14/02/2020

25743

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

Esta tarjeta es un documento público y se expide en conformidad con la Ley 1164 de 2007, Decreto 4192 de 2010 y la Resolución 085 de 2015.

Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la Organización Colegial de Enfermería.
www.oceinfo.org.co

FIRMA DEL PROFESIONAL

IDéntico S.A.S.

Scanned with CamScanner

GOV.CO | SISPRO - Aplicativos Misionales

Menú Salud

Iniciar Sesión Registrarse

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 *: 1017233482

Primer Nombre: Alejandra

Primer Apellido: Trochez

Confirme los números de la Imagen *: 2635

Cambiar

8588

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2026-09-18→3:16:19 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1017233482	ALEJANDRA		TROCHEZ	BARONA	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) ALEJANDRA TROCHEZ BARONA identificado(a) con CC 1017233482 registra La siguiente información:

2026-09-18→3:16:19 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	ENFERMERIA	2020-02-14	1017233482	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Exonerado del SSO	Local	COLOMBIA|NO APLICA|	1900-01-01	1900-01-01	Sin Modalidad	Enfermería	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

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

Popayán, 23 SEP 2026

Doctor:
JUAN CARLOS COTAZO URREA
Gerente E.S.E Popayán.

Referencia: Propuesta prestación de servicios de apoyo a la gestión.

De la manera más atenta, me permito presentar ante usted la siguiente propuesta de prestación de servicios de apoyo a la gestión con el propósito de cumplir con el siguiente objeto: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES EN EL PROCESO DE GESTION AMBULATORIA, PROPIAS DEL FORTALECIMIENTO DEL NIVEL PRIMARIO EN LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYAN E.S.E., EN EL MARCO DE LA RESOLUCIÓN No.00001010 DEL 23 DE MAYO DE 2025 EN EL MUNICIPIO DE CALDONO.**y de conformidad con lo requerido por la entidad.

Dentro de las actividades que se desarrollaran se encuentran:

ACTIVIDAD	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACION	META
1. Realizar mapeo y cartografía social de los territorios de abordaje y de primer contacto con las comunidades de cada micro territorio	mensual	cada reporte debe contener los siguientes ítems: 1. Informe de mapeo, 2. cartografía social abordaje en el micro territorio que incluya 3. registro fotográfico y 4. listas de asistencia De acuerdo a la caja de herramientas suministrada por el ministerio de salud y protección social.	Meta por día: 5 Meta por semana (5 días): 25 Meta por mes (22 días): 100 Meta total del micro territorio (2 meses):200 Meta total territorio (2 meses): 800
2. Realizar la identificación de personas no afiliadas al sistema de salud y gestionar el trámite de afiliación	mensual	1. Informe de proceso 2.Evidencias fotográficas. 3.Registro de asistencia	

3. Realizar la valoración de primer contacto de acuerdo con los siguientes instrumentos: a) familiograma, b) APGAR familiar, c) escala de sobrecarga del cuidador de ZARIT y d) Ecomapa	diario, semanal y mensual	800 formatos de valoración familiar e individual: a) familiograma, b) APGAR familiar, c) escala de sobrecarga del cuidador de ZARIT y d) Ecomapa	
4. Identificar las condiciones de salud de los miembros de la familia y los hogares, haciendo uso de los dispositivos médicos asignados	diario, semanal y mensual	*Base de datos de población intervenida.	
5. Formular el plan integral del cuidado primario individual, familiar y comunitario con base en los resultados de la caracterización, identificando y articulando las diferentes intervenciones a desarrollar en el sector salud y los diferentes sectores	diario, semanal y mensual	Plan integral del cuidado primario individual, familiar y comunitario integrado a la historia clínica	

6. Identificar las prioridades de respuesta individual, familiar y comunitaria por edad, sexo-género, etnia, entre otras características pertinentes y por micro territorio asignado	mensual	1. Actas de ejecución 2. Registro fotográfico y de asistencia.	
7. Gestionar la prestación de los servicios de salud (promoción de la salud, educación, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos), de acuerdo con las necesidades identificadas, realizando la canalización a las diferentes modalidades (extramural, intramural en prestador primario o complementario y telemedicina). Inducir la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellos que ocasionen un alto impacto en salud pública	diario, semanal y mensual	1. base de datos de usuarios atendidos. 2. Indicadores generados por cada una de las atenciones realizadas, de acuerdo a la resolución 3280 de 2018. 3.Historias clínicas de usuarios atendidos debidamente diligenciadas. 4. Seguimiento a usuarios canalizados a otra red de prestación de servicios	

8. Gestionar el traslado a instituciones de salud de personas que requieren remisión urgente a partir de lo identificado en la atención en salud	Según evento	Bitácora de remisión	
9. Brindar educación para la salud e información orientada a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y adopción de prácticas de cuidado de sí mismo, de los demás y de su entorno	diario, semanal y mensual	1. Base de datos de educación, 2. Evidencias fotográficas. 3. Registros de asistencia.	
10. Informar a las familias sobre el portafolio de servicios de salud y de otros sectores de acuerdo con sus necesidades.	Diario, semanal y mensual	1. Base de datos de educación, 2. Evidencias fotográficas. 3. Registros de asistencia.	
11. Canalizar a la oferta de servicios brindada por otros sectores en el territorio conforme a las prioridades y necesidades sociales de la salud identificadas.	diario, semanal y mensual	1. Instrumento de canalizaciones diligenciado 2. Actas de gestiones de canalización a redes de atención. 3.Evidencias de atención a los usuarios canalizados.	

12. Realizar seguimiento al acceso efectivo a los servicios de salud y servicios brindados por los otros sectores.	diario, semanal y mensual	Instrumento de seguimiento diligenciado y semaforizado	
13. Digitalizar los instrumentos que sean diligenciados de forma manual en la herramienta que defina el Ministerio de Salud y Protección Social para tal fin	diario, semanal y mensual	Instrumentos digitalizados en la herramienta de APS del MSPS	
14. Convocar, implementar y realizar seguimiento a espacios de participación social y popular por cada una de las veredas-barrios y micro territorios abordados por el equipo	Mensual	1. Actas de trabajo comunitario 2. Evidencias fotográficas. 3. Registros de asistencia.	
15. Realizar la Valoración integral en salud en primera infancia, infancia y adolescencia	diario, semanal y mensual	1.Base de datos de atenciones en primera infancia, infancia y adolescencia. 2. Historias clínicas oportunamente diligenciadas. 3. Gestión de atenciones con otra red de prestación de servicios.	

16. Realizar la atención para promoción y apoyo a la lactancia materna.	diario, semanal y mensual	1.Base de datos de atenciones en promoción y apoyo a la lactancia materna 2. Historias clínicas oportunamente diligenciadas. 3. Gestión de atenciones con otra red de prestación de servicios.	
17. Realizar educación para la salud	diario, semanal y mensual	1.Base de datos de atenciones en Educación para la salud 2. Historias clínicas oportunamente diligenciadas. 3. Gestión de atenciones con otra red de prestación de servicios.	
18. Realizar consulta de orientación familiar	diario, semanal y mensual	1.Base de datos de atenciones en Consulta de orientación familiar 2. Historias clínicas oportunamente diligenciadas. 3. Gestión de atenciones con otra red de prestación de servicios.	
19. Realizar asesoría y provisión anticonceptiva	diario, semanal y mensual	1.Base de datos de atenciones en Asesoría y provisión anticonceptiva. 2. Historias clínicas oportunamente diligenciadas. 3. Gestión de atenciones con otra red de prestación de servicios.	
20. Gestionar el suministro de micronutrientes y medicamentos	diario, semanal y mensual	1.Base de datos de gestión de suministro de micronutrientes y medicamentos 2. Actas de articulación	

21. Realizar atención Prenatal	diario, semanal y mensual	1.Base de datos de atención Prenatal de bajo riesgo 2. Historias clínicas oportunamente diligenciadas. 3. Gestión de atenciones con otra red de prestación de servicios.	
22. Realizar tamizaje de cáncer de cuello uterino	diario, semanal y mensual	1.Base de datos de Tamizaje de cáncer de cuello uterino 2. Historias clínicas oportunamente diligenciadas. 3. Gestión de atenciones con otra red de prestación de servicios.	
23. Realizar tamizaje de Infecciones de Transmisión Sexual.	diario, semanal y mensual	1.Base de datos de Tamizaje de Infecciones de Transmisión Sexual. 2. Historias clínicas oportunamente diligenciadas. 3. Gestión de atenciones con otra red de prestación de servicios.	
24. Coordinar el equipo básico de salud de acuerdo al territorio asignado, con el fin de cumplir el lineamiento y realizar los reportes respectivos a la E.S.E POPAYAN, secretaria departamental de Salud del Cauca, Ministerio de Salud y Protección Social.	diario, semanal y mensual	1. Informes de proceso consolidados. 2.Bases de datos validadas. 3. Cronogramas operativos consolidados. 4. Planeación operativa consolidada. 5. Reportes de seguimiento a la ejecución consolidados y actualizados. 6. Actas de gestión comunitaria e intersectorial, desarrolladas en las mesas de trabajo. 7. actas de gestión con los profesionales asignados al equipo básico para el despliegue en los territorios.	

El valor de la propuesta económica por la prestación de servicios, será hasta la suma de **VEINTICUATRO MILLONES DE PESOS M/CTE ($24.000.000), que serán cancelados en cuotas mensuales por valor de OCHO MILLONES DE PESOS ($8.000.000) o proporcionales a la fracción de mes.**

Quedo a su disposición para cualquier comentario adicional o aclaración sobre el particular.

Cordialmente,

Alejandra Trochez B.

ALEJANDRA TROCHEZ BARONA
C.C. No. 1017233482
Dirección residencia: Siberia - Caldono (Cauca)
Correo electrónico: alejatrochez.95@gmail.com
Celular No. 3136559846

Función Pública

FORMULARIO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA PERSONA NATURAL (LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO Alejandra Trochez Barona

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 1.017.233.482 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	Departamento	Municipio
Colombia	Cauca	Caldono

Dirección	Teléfonos
Calle principal Siberia	3136559846

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Luciana Orozco Trochez	1.060.111.516	Hija

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESIÓN** **PARA RETIRARME** **PARA ACTUALIZACIÓN** **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** ,QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	19.824.832
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	1.849.579
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	24.000.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	2.462.129
TOTAL	$ 48.136.540

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Bandco de Bogota	Ahorros	111357281	Santander de Quilichao	$ -

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR
Casa	Calle principal Siberia	$ 35.000.000

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
Banco Agrario de Colombia	Prestamo	$ 20.000.000

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

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

c)En la actualidad: **SI** **NO X** tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	N°
Nestor Emir Orozco Patiño	C.C. X C.E. T.I.	1.061.788.139

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de

forma acasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA

N.B.

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Caldono - 16/ Septiembre/ 2026.

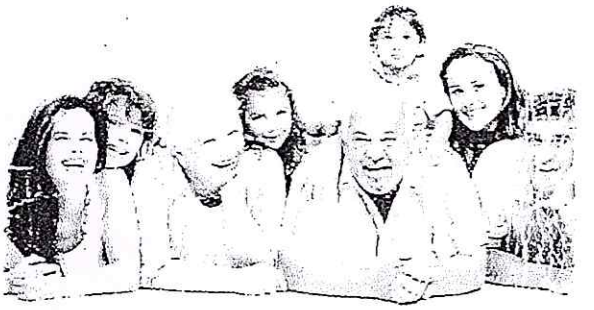
CIUDAD Y FECHA

USC
UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

Vacunas Dosis de Vida

Vacunarse es...
protección para tu familia



Sede Cali: Pampalinda Calle 5 Cra 62 Esquina.
Tel 5183000 ext 352.

Sede Palmira: Cra 29 Calle 38 Esquina
Tel 5183000 ext 532

vacunacioncali@usc.edu.co
Cali-Colombia

Nombre: Alejandra Tocha B

Documento de identificación: 9501[illegible]897 Teléfono:

Fecha de Nacimiento: 28.7.95 Programa:

Dirección:

ESQUEMAS DE VACUNACIÓN

VACUNAS		Fecha	Lote	Lab.	Próx. Fecha:	Vacunador
Tétano	1d					
	2d					
	3d					
	4d					
Varicela	1d					
	2d					
Hepatitis A	1a	19-01-15	12			
	2a		-0			
Hepatitis B	1a					
	2a					
	3a					
	4a					
Meningococo	1a	9-7-15		Fiebre.		
	2a	1-2-16 504 MM		4-9-15		
MMR	1a					
Fiebre Amarilla	1a					
Hepatitis A+B	1a		Twinrix™			
	2a	15-9-15	AHAB334BAK			
	3a	12-3-16	09-2018			
VPH	1a	13-9-18		12-10-18		
	2a	2-3-19				
	3a					
	1a					

R010267 07-05-2020

VIAL DE 1 DOSIS 0.5 ml
[Vacuna recombinante tetravalente contra el virus del papiloma humano (Tipos 6, 11, 16 y 18)]
GARDASIL™

Proteger de la luz. Almacenar a 2-8°C (36-46°F)
Para administración intramuscular.
NO CONGELAR – AGITESE BIEN
Desinfección. Ver inserto adjunto

MSD
Merck Sharp & Dohme B.V.
Waarderweg 39, 2031 BN,
Haarlem, Países Bajos

Lote
EXP

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

Consérvelo

e requerir el Certificado Internacional de Vacunación,
cite su transcripción en los sitios autorizados.

R MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

DÍAS DE VACUNACIÓN

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Alejandra

Apellidos: Trochez Bacona

Documento de identidad: C.C. T.I. Y Pasaporte No. 95072806771

Fecha de Nacimiento: Día. 28 Mes. 07 Año. 1995

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
HMR Sarampión Rubéola	1	19-01-19		[illegible]
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	16-11-07	AU40715-C	TITO
	2	24 07 09	EU40716-C	Fabiola
	3	25/02/10	EU40E102-D	miriam
	4	10-03-11	02419008C	TITO
	5	20/03-12	0L41900C D	[illegible]
Contra Hepatitis B	1	16.04.10	9C102/U	[illegible]
	2	10.06.10	9C102/U	[illegible]
	3	10-12-11	9C102/0	fabiola

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	[illegible]	29-11-17	V50217018	[illegible]
Contra Influenza	[illegible]	31-8-18	[illegible]	[illegible]
	[illegible]	10-09-18	[illegible]	[illegible]
	[illegible]	[illegible]	V50227007	[illegible]
Otras	DPT	5-11-20	[illegible]	[illegible]
	HA	19-01-19	AHAVB[illegible]	[illegible]

Tronco

Covid-19 **Vacuna**

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

Covid-19 **Vacuna**

Certificado de vacunación

Nombres: Alejandra

Apellidos: Trochez Barona

Documento de identidad: C.C X T.I Pasaporte PEP otro cuál.

No 1017233482

Fecha de nacimiento: Día 28 Mes 07 Año 1995

ógico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
ID-19	1	05-11-2021	Sinovac	202104008-10	ESE Popayan P.A Siberia	Mayra Alejandra Del Rio-I Técnico Aux. De Enfermería Registro 2096	1062283055
	2	06-12-2021	Sinovac	B202107101	ESE Popayan P.A Siberia	Carlos Alberto Zambe Mosquera Aux. Enfermería Reg. 1121-2019	1062317950
	Ref Ref	27/10/2022	Sinovac	202112350	ESE Popayan PA Siberia	Mayra Alejandra Del Rio-I Técnico Aux. De Enfermería Registro 2096	1062283055

i es válido en Colombia.
ara entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

certificado internacional de vacunación
transcripción en los sitios autorizados.

lud es de todos

	La salud es de todos	Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Alejandra

Apellidos: Trochez Bazonu

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No 1017233482

Fecha de nacimiento: Día 28 Mes 07 Año 1995

	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador

Biológico		Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B		1			
		2			
		3			
Antirrábica		1			
		2			
		3			
		4			
Influenza estacional		Anual	13-enero-2023	US0222000	
Otras					