DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141281683779

(415)7707212489984(8020) 000014128168377 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
2 8 5 5 0 7 9 1	9	Impuestos y Aduanas de Ibagué 9	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	2 8 5 5 0 7 9 1	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RODRIGUEZ	MORENO	MONICA	LORENA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1

41. Dirección principal
CR 4 GUADALEJA 31 44 BRR LA FRANCIA

42. Correo electrónico monicalorenarm@gmail.com

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

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
0 0 1 0	2 0 0 6 0 1 0 2	8 6 2 1	2 0 0 6 0 1 0 1	8 6 9 9		2 2 2 1	

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	4 9																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros										Exportadores					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código												57. Modo			
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			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 2026-09-28 / 10:44:37AM

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 RODRIGUEZ MORENO MONICA LORENA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Espinal, 24 de septiembre del 2026

Señores:
Dra. Paula Alejandra Góngora Saavedra
Hospital San Rafael de El Espinal Tolima E.S.E.

ASUNTO: CERTIFICACIÓN DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES – HOSPITAL SAN RAFAEL DE EL ESPINAL TOLIMA E.S.E.

Yo, Mónica Lorena Rodríguez Moreno, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 28.550.791 de Ibagué - Tolima, por medio del presente documento manifiesto bajo juramento no hallarme incurso, en algunas de las causales de inhabilidad e incompatibilidad contenidas en los artículos 8 y 9 de la Ley 80 de 1993.

La presente certificación se expide en el Municipio de El Espinal Tolima,

Cordialmente,

C.C: 28.550.791 de Ibagué - Tolima


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 28.550.791
RODRIGUEZ MORENO
APELLIDOS
MONICA LORENA
NOMBRES
FIRMA
REPUBLICA DE COLOMBIA


FECHA DE NACIMIENTO 28-OCT-1981
IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
06-ENE-2000 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-1500150-00603168-F-0028550791-20140725
0039251582A 2
1512973684

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 303665091

PIB
08:39:26

Bogotá DC, 25 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) MONICA LORENA RODRIGUEZ MORENO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 28550791:

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 viernes 25 de septiembre de 2026, a las 08:40:11, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	28550791
Código de Verificación	28550791260925084010

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 08:40:41 AM horas del 25/09/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **28550791**

Apellidos y Nombres: **RODRIGUEZ MORENO MONICA LORENA**

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, 25/09/2026 08:38:31 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **28550791** y Nombre: **MONICA LORENA RODRIGUEZ MORENO.**

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. **148391158** . 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

HOSPITAL SAN RAFAEL DE EL ESPINAL ESE	**SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD** **FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS**		
Código: HSR-GSC-CIE-P01-F19	**Versión: 02**	**Página: 1 de 1**	
HOSPITAL SAN RAFAEL DE EL ESPINAL E.S.E			

FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

El (la) suscrito(a) Mónica Lorena Rodríguez Moreno identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 28.550.791 expedida en Ibagué - Tolima, autorizo libre, expresa e inequívocamente y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, al Hospital San Rafael de El Espinal Tolima E.S.E., identificada con el NIT 890.701.033-0, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en la página web de El Hospital San Rafael De El Espinal E.S.E, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de El Espinal en septiembre del año 2026.

Firma: _____
Nombre: Mónica Lorena Rodríguez Moreno
Cédula: 28.550.791

ELABORÓ POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:
ÁREA DE CONTRATACIÓN	COMITÉ INSTITUCIONAL DE GESTION Y DESEMPEÑO (MIPG)	DRA. PAULA ALEJANDRA GONGORA SAAVEDRA GERENTE
FECHA: 07/02//2025	FECHA: 28/04//2025	FECHA: 28/04//2025

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 07:51:13 horas del 25/09/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **28550791,** Apellidos y Nombres **RODRIGUEZ MORENO MONICA LORENA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HOSPITAL SAN RAFAEL DE EL ESPINAL E.S.E**, con NIT **890701033-0** 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.

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 28550791 **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 24/09/2026 04:05 PM

Código Verificación: **M9ZUSY3D7B**

Válida hasta: **24/12/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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*
Rodriguez	Moreno	Monica Lorena

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	*GENERO*	*NACIONALIDAD*	*PAÍS*
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 28550791	F ⊗ M ○ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		*DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA*			
FECHA	DIA 28 MES 10 AÑO 1981	CARRERA 4 31 44 Guadaleja			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	TOLIMA
DEPTO	TOLIMA	MUNICIPIO	IBAGUÉ		
MUNICIPIO	IBAGUÉ	TELÉFONO	3143313238	EMAIL	prioritaria5175@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*	
POSTGRADO	4	X		ESPECIALIZACION EN PEDIATRIA	07	2017	28550791
PREGRADO	10	X		MEDICINA	12	2005	73163/2007

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)

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 RAFAEL DE EL ESPINAL			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* IBAGUÉ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3168378369	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2025	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICA PEDIATRA	*DEPENDENCIA* AREA DE PEDIATRIA						*DIRECCIÓN* CALLE 17A 7 29 INTERLAKEN					
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JOSE - ORTEGA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* ORTEGA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3134548700	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	27	*Mes*	03	*Año*	2025	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICA PEDIATRA	*DEPENDENCIA* AREA DE PEDIATRIA						*DIRECCIÓN* CALLE 6 3 25 Ortega					

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 RAFAEL DE EL ESPINAL			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* IBAGUÉ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	07	*Año*	2017	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICA PEDIATRA	*DEPENDENCIA* "CONSULTA EXTERNA"						*DIRECCIÓN* CALLE 4 6 29					
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR 1			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* IBAGUÉ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	01	*Año*	2017	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICA PEDIATRA	*DEPENDENCIA* "CONSULTA EXTERNA"						*DIRECCIÓN* AVENIDA 3 null null Via Armenia					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA NUESTRA - IBAGUE			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* IBAGUÉ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	07	*Año*	2017	*Día*	15	*Mes*	12	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO PEDIATRA	*DEPENDENCIA* "HOSPITALIZACION"						*DIRECCIÓN* CARRERA 10 SUR 66A 70 Glorieta de Varsovia					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR 1			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO	*MUNICIPIO* BARRANQUILLA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	01	*Año*	2012	*Día*	15	*Mes*	12	*Año*	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL OFICIAL	*DEPENDENCIA* "SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA"						*DIRECCIÓN* CARRERA 68 79 0 Barrio Paraiso					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR 1			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* NILO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	01	*Año*	2010	*Día*	15	*Mes*	12	*Año*	2012
CARGO O CONTRATO ACTUAL DIRECTORA	*DEPENDENCIA* DDIRECCION						*DIRECCIÓN* CARRERA 54 26 25					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR 1			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* MELGAR						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	01	*Año*	2009	*Día*	15	*Mes*	12	*Año*	2010
CARGO O CONTRATO ACTUAL OFICIAL	*DEPENDENCIA* DIRECCION.						*DIRECCIÓN* AVENIDA 4 null null Via Melgar Barrio la Pampa					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR 1			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ARAUCA	*MUNICIPIO* ARAUCA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	01	*Año*	2007	*Día*	15	*Mes*	12	*Año*	2009
CARGO O CONTRATO ACTUAL OFICIAL	*DEPENDENCIA* DDIRECCION						*DIRECCIÓN* AVENIDA 0 null null Aeropuerto Barrio Flor de mi Llano					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR 1			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* IBAGUÉ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	01	*Año*	2006	*Día*	15	*Mes*	12	*Año*	2006
CARGO O CONTRATO ACTUAL SERVICIO SOCIAL OBLIATORIO	*DEPENDENCIA* DIRECCION						*DIRECCIÓN* AVENIDA 3 null null Via armenia					

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 ÚNICO

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	17	6
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	5
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 _____

_____

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*

Función Pública

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2026-09-28 10:59

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
MONICA	LORENA	RODRIGUEZ	MORENO

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	28550791

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUÉ

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUÉ

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 RAFAEL DE EL ESPINAL

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	TOLIMA	Municipio	ESPINAL

Dirección	["Calle 4 # 6-29"]

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	$213.539.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$213.539.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$500.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [ ] 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

UNIVERSIDAD DEL TOLIMA

Creada mediante Ordenanza número 005 de mayo 21 de 1945 de la Asamblea Departamental del Tolima

OTORGA EL TITULO DE

Médica

A

Mónica Lorena Rodríguez Moreno

Hago constar que esta fotocopia coincide con el original de un documento que he tenido a la vista.
11 ENE 2006
ALBERTO MORENO ROJAS
Notario Cuarto - Ibagué Tolima
COLOMBIA

C.C. No. 28.550.791 expedida en Ibagué

Quien cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos.
En testimonio de ello se expide el presente

DIPLOMA

En la ciudad de Ibagué, a Diciembre 16 de 2005

El Decano de la Facultad
EXENTO Registro Dptal.
Artículo 62 Dec. Nal 2150/95

El Rector de la Universidad

El Secretario General

Universidad del Tolima
Libro de Registro No. 9
Folio No. 43
Registro No. 39064

37778



Libertad y Orden

Universidad Militar Nueva Granada

En consideración a que:

Mónica Lorena Rodriguez Moreno

C.C. 28.550.791 expedida en Ibagué

Ha cumplido en

Hospital Militar Central

con todos los requisitos exigidos, le confiere el título de

Especialista en Pediatria

En constancia se firma el presente Diploma en Bogotá, D.C.

a los 17 días del mes de Julio de 2017.

Rector

Director Académico

Director

Decano de la Facultad

Acta de Grado PG-1750 UMNG

Registro PG-1158

Jefe División Registro y Control Académico

Registro Oficial

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

Registro No.
73 163/2007

Profesión u Ocupación
MÉDICO

Nombres y Apellidos
MONICA LORENA RODRIGUEZ MORENO

C.C. o C.E.
28550791

De
IBAGUÉ

Institución de Educación
U. DEL TOLIMA

Ciudad
IBAGUÉ

Código
D50912/11

Fecha de Expedición
17/05/2007

GOBIERNO DE COLOMBIA

MINSALUD

COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO CMC

DENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

MONICA LORENA RODRIGUEZ MORENO

C.C. 28550791



MEDICO

Universidad Del Tolima

Ibague

Grado: 16/12/2005

Rethus: 08/02/2007

ESPECIALIZACION EN PEDIATRIA



Esta tarjeta es un documento público que se expide de conformidad con la ley 1164 de 2007 y el decreto 4192de 2010.Si esta tarjeta es encontrada, favor devolver al colegio medico colombiano Av. Carrera 15 # 100-43 Oficina 501 - Edificio Avenida 15 P.H.
info@colegiomedicocolombiano.org

Firma Representante Colegio Medico Colombiano

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 *	Número de Identificación *	Primer Nombre	Primer Apellido
Cedula de Ciudadania	28550791	monica	rodriguez

Confirme los números de la Imagen *

7833

Cambiar

1505

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2026-09-25--8:57:14 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación	Detalles
CC	28550791	MONICA	LORENA	RODRIGUEZ	MORENO	Vigente	Ver

De conformidad con los articulos 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) MONICA LORENA RODRIGUEZ MORENO identificado(a) con CC 28550791 registra La siguiente información:

2026-09-25--8:57:14 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
ESP	Local	ESPECIALIZACION EN PEDIATRIA	2017-07-17	40407	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO
UNV	Local	Medicina	2007-02-08	163	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

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).

GOV.CO

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

SISPRO

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

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

Contacto

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

Términos y condiciones

FUNDACIÓN NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA
NIT. 901366232-1

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

Certifica

Mónica Lorena Rodríguez Moreno

CC 28550791 de Ibagué - Tolima

Realizó y aprobó el Curso en Humanización en los Servicios de Salud con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2024-11-21
Fecha de vencimiento: 2026-11-21

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

verifique la autenticidad de su certificado en la pagina www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO ORANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

REPUBLICA DE COLOMBIA Y EN SU NOMBRE:

CENTRO ACADÉMICO ESAD

"EDUCACION, SALUD, ADMINSTRACION Y DEPORTES"

NIT: 901402447-2

EDUCACION NO FORMAL

DECRETO 4904/2009 CAPITULO V.NO 5.8

MINISTERIO DE EDUCACION NCIONAL

CENTRO DE EDUCACIÓN CONTINUADA

CERTIFICA QUE:

MONICA LORENA RODRIGUEZ MORENO

CC: 28.550.791 De Ibagué, Tolima.

BAJO LA NORMA REGLAMENTARIA Y LA RESOLUCIÓN 3100 DE 2019

ASISTIÓ Y PARTICIPÓ SATISFACTORIAMENTE EN EL CURSO TEÓRICO-PRÁCTICO

ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GÉNERO

CON UNA INTENSIDAD DE 40 HORAS

BOGOTÁ DC; 28 DE SEPTIEMBRE DEL 2026

VIGENCIA: DOS (2) AÑOS

Representante Legal

Para verifiicar la validéz de este certificado,
consulte la página: www.esad.com.co/Certificados
O escanée el codigo QR y digite el # de identidad.

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

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

Certifica

Mónica Lorena Rodríguez Moreno

CC 28550791 de Ibagué, Tolima

alizó y aprobó el Curso en Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual con enfoque diferencial - Código Fucsia (AIVVS)
con un total de 80 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-03-20
Fecha de vencimiento: 2027-03-20

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

REPUBLICA DE COLOMBIA Y EN SU NOMBRE:

CENTRO ACADÉMICO ESAD

"EDUCACION, SALUD, ADMINSTRACION Y DEPORTES"

NIT: 901402447-2

EDUCACION NO FORMAL

DECRETO 4904/2009 CAPITULO V.NO 5.8

MINISTERIO DE EDUCACION NCIONAL

CENTRO DE EDUCACIÓN CONTINUADA

CERTIFICA QUE:

MONICA LORENA RODRIGUEZ MORENO

CC: 28.550.791 De Ibagué, Tolima.

BAJO LA NORMA REGLAMENTARIA Y LA RESOLUCIÓN 3100 DE 2019

REGIDO POR LAS GUIAS INTERNACIONALES DE PROCEDIMIENTOS DE LA AHA (American Hearth Asociation)

ASISTIÓ Y PARTICIPÓ SATISFACTORIAMENTE EN EL CURSO TEÓRICO-PRÁCTICO

SOPORTE VITAL AVANZADO (ACLS)

CON UNA INTENSIDAD DE 60 HORAS

BOGOTÁ DC; 28 DE SEPTIEMBRE DEL 2026

VIGENCIA: DOS (2) AÑOS

Representante Legal

Para verifiicar la validéz de este certificado,
consulte la página: www.esad.com.co/Certificados
O escanée el codigo QR y digite el # de identidad.

REPUBLICA DE COLOMBIA Y EN SU NOMBRE:

CENTRO ACADÉMICO ESAD

"EDUCACION, SALUD, ADMINSTRACION Y DEPORTES"

NIT: 901402447-2

EDUCACION NO FORMAL

DECRETO 4904/2009 CAPITULO V.NO 5.8

MINISTERIO DE EDUCACION NCIONAL

CENTRO DE EDUCACIÓN CONTINUADA

CERTIFICA QUE:

MONICA LORENA RODRIGUEZ MORENO

CC: 28.550.791 De Ibagué, Tolima.

BAJO LA NORMA REGLAMENTARIA Y LA RESOLUCIÓN 3100 DE 2019

ASISTIÓ Y PARTICIPÓ SATISFACTORIAMENTE EN EL CURSO TEÓRICO-PRÁCTICO

ATENCIÓN DEL PACIENTE CON ENFOQUE DIFERENCIAL

CON UNA INTENSIDAD DE 40 HORAS

BOGOTÁ DC; 28 DE SEPTIEMBRE DEL 2026

VIGENCIA: DOS (2) AÑOS

Representante Legal

Para verifiicar la validéz de este certificado,
consulte la página: www.esad.com.co/Certificados
O escanée el codigo QR y digite el # de identidad.

FUNDACIÓN NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA
NIT. 901366232-1

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

Certifica

Mónica Lorena Rodríguez Moreno

CC 28550791 de Ibagué - Tolima

Realizó y aprobó el Diplomado en Manejo del Duelo
con un total de 160 Horas.

Fecha de emisión: 2024-11-23
Fecha de vencimiento: 2026-11-23

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO ORANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA
NIT. 901366232-1

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

Certifica

Mónica Lorena Rodríguez Moreno

CC 28550791 de Ibagué - Tolima

izó y aprobó el Curso en Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos Resolución 3100 de 2019
con un total de 100 Horas.

Fecha de emisión: 2024-11-20
Fecha de vencimiento: 2026-11-20

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO ORANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

264-4ade-9a59-1369ac1f52c5

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Monica Lorena Rodriguez Moreno

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

Diagnóstico y manejo clínico del dengue

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 90,00 %

20 de marzo de 2025

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

FIU Robert Stempel College of Public Health & Social Work
Florida International University

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=67dc4820-8264-4ade-9a59-1369ac1f52c5

Cruz Roja Colombiana

HACE CONSTAR QUE

MONICA LORENA RODRIGUEZ MORENO

N° de identificación: 28550791

Realizo y completo los requisitos para el curso virtual en:

FORMACIÓN VIRTUAL EN MISIÓN MEDICA

Con una intensidad horaria de 40 Horas

Esta constancia fue generada en Bogotá D.C. Colombia

Insignia: 26e87934-3e4e-4033-ae10-73d8ef2a1549

miércoles 30 de septiembre de 2026

Marylin Bonfante Zarate
Directora de Desarrollo Social y Humanitario
Sociedad Nacional Cruz Roja Colombiana.

Esta constancia no constituye título de idoniedad para el ejercicio de las profesiones de salud. Constancia válida por dos años.

La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante solicitud al correo: educacionnal@cruzrojacolombiana.org indicando el número de acta.

:a1-41be-b3f8-43670f17e05d

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Monica Lorena Rodriguez Moreno

ha participado y aprobado el Curso Virtual

Precauciones básicas: higiene de manos (COVID-19)

(versión en español revisada y adaptada para la región de las Américas del material disponible en OpenWHO)

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 1 - Porcentaje de aprobación: 100,00 %

25 de septiembre de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las Américas

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=2aa1fd97-8ca1-41be-b3f8-43670f17e05d

068-4025-abef-0fcaac1f52c5

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Monica Lorena Rodriguez Moreno

ha participado y aprobado el curso virtual:

Respuesta rápida a brotes de sarampión y rubéola en las Américas

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 90,00 %

20 de marzo de 2025

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las Américas

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=67dc802b-9068-4025-abef-0fcaac1f52c5

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Monica Lorena Rodriguez Moreno

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

Manejo clínico de pacientes con fiebre amarilla

Ofrecido a través del Nodo Colombia del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 48 - Porcentaje de aprobación: 100,00 %

25 de septiembre de 2026

Dra. Gina Tambini
Representante OPS/OMS en Colombia

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las Américas

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

ed05ee8b-9d91-47b3-91fe-af33f5cbf936

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=ed05ee8b-9d91-47b3-91fe-af33f5cbf936

03c-4d46-b838-4332c007d423

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Monica Lorena Rodriguez Moreno

ha participado y aprobado el curso virtual:

Brote de sarampión en la era de poseliminación: Estudio de caso

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 10 - Porcentaje de aprobación: 100,00 %

5 de agosto de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las Américas

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=4895f4bc-103c-4d46-b838-4332c007d423

b7-4094-8dfb-1917cc2c3afd

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Monica Lorena Rodriguez Moreno

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

Abordaje Integral de Chagas:

Hacia la Eliminación como Problema de Salud Pública

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 10 - Porcentaje de aprobación: 95,00 %

5 de agosto de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las Américas

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=49cefa86-4eb7-4094-8dfb-1917cc2c3afd

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Monica Lorena Rodriguez Moreno

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

Leishmaniasis en las Américas: Diagnóstico y Tratamiento

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 40 - Porcentaje de aprobación: 100,00 %

28 de septiembre de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

BIREME
Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=a9dbacf4-381e-4671-a503-116a450f38dc

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

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

Certifica

Mónica Lorena Rodríguez Moreno

CC 28550791 de Ibagué, Tolima

ealizó y aprobó el Curso en Asesoría Pre y Post en la Prueba Voluntaria de VIH y Sifilis, con Enfoque Diferencial
con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-03-20
Fecha de vencimiento: 2027-03-20

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

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

Certifica

Mónica Lorena Rodríguez Moreno

CC 28550791 de Ibagué, Tolima

ealizó y aprobó el Curso en Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI Clínico
con un total de 60 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-03-20
Fecha de vencimiento: 2027-03-20

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

SCP
Sociedad Colombiana de Pediatría

Curso
Enfoque Práctico a la Alergia de la Proteína de Leche de Vaca

Pediatric Expert Sessions *E-learning* (PES)

LA SOCIEDAD COLOMBIANA DE PEDIATRÍA

HACE CONSTAR QUE:

Mónica Lorena Rodríguez Moreno

28550791

Participó y aprobó el Curso Enfoque Práctico a la Alergia de la Proteína de Leche de Vaca.
Intensidad horaria: 40 horas - Modalidad: Virtual.

4 de diciembre de 2024

MAURICIO GUERRERO ROMÁN
Presidente

Diplomado de Actualización en Pediatría

SCP
Sociedad Colombiana de Pediatría

LA SOCIEDAD COLOMBIANA DE PEDIATRÍA

HACE CONSTAR QUE

Monica Lorena Rodriguez Moreno

28550791

Participó y aprobó el Diplomado de Actualización en Pediatría.

Intensidad horaria: 130 horas - Modalidad virtual

28 de septiembre de 2024

MAURICIO GUERRERO ROMÁN
Presidente y Coordinador Académico

ELIANA ZEMANATE ZÚÑIGA
Vicepresidente y Coordinadora Académica

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

Certifica

Mónica Lorena Rodríguez Moreno

CC 28550791 de Ibagué - Tolima

Realizó y aprobó el Diplomado en Atención a Paciente en Estado Crítico con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2022-09-13
Fecha de vencimiento: 2024-09-13

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

verifique la autenticidad de su certificado en la pagina www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO ORANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

Certifica

Mónica Lorena Rodríguez Moreno

CC 28550791 de Ibagué - Tolima

Realizó y aprobó el Diplomado Manejo Integral en la Unidad de Cuidado Intensivos UCI Adulto. con un total de 160 Horas.

Fecha de emisión: 2024-11-24
Fecha de vencimiento: 2026-11-24

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

verifique la autenticidad de su certificado en la pagina www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO ORANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA
NIT. 901366232-1

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

Certifica

Mónica Lorena Rodríguez Moreno

CC 28550791 de Ibagué - Tolima

Realizó y aprobó el Diplomado de competencias esenciales para el cuidado del donante con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2024-11-19
Fecha de vencimiento: 2026-11-19

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

verifique la autenticidad de su certificado en la pagina www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO ORANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

Certifica

Mónica Lorena Rodríguez Moreno

CC 28550791 de Ibagué - Tolima

Realizó y aprobó el Diplomado Manejo de Dolor y Cuidado Paliativo
con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2024-11-22
Fecha de vencimiento: 2026-11-22

FUNDACIONNUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

verifique la autenticidad
de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

Certifica

Mónica Lorena Rodríguez Moreno

CC 28550791 de Ibagué - Tolima

Realizó y aprobó el Diplomado en Sedación Grado I y II Básica
con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2024-11-18
Fecha de vencimiento: 2025-11-18

FUNDACIONNUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

verifique la autenticidad
de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista

744-43ad-bf9b-14b9ac1f52c5

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Monica Lorena Rodriguez Moreno

ha participado en el:

Curso Virtual de Eliminación de Malaria

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 25

20 de marzo de 2025

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las Américas

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=67dc4a17-1744-43ad-bf9b-14b9ac1f52c5

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

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

Certifica

Mónica Lorena Rodríguez Moreno

CC 28550791 de Ibagué, Tolima

izó y aprobó el Curso en Uso, Manejo y Aplicación de las Pruebas de Laboratorio Utilizadas en el Punto de Atención del Paciente (POCT)
con un total de 60 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-03-20
Fecha de vencimiento: 2027-03-20

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

52a8-abd8-483e-a8a1-80ebac1f53c4

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Monica Lorena Rodriguez Moreno

ha participado y aprobado el curso virtual:

Vigilancia de eventos supuestamente atribuibles a la vacunación o inmunización (ESAVI)

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 15 - Porcentaje de aprobación: 80,83 %

19 de julio de 2025

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las Américas

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=687c52a8-abd8-483e-a8a1-80ebac1f53c4

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 6a354c11-69ff-44e3-b0f9-807b7d4d826b

Nombres y apellidos / Full name: **MONICA LORENA RODRIGUEZ MORENO**

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

Número de identificación / ID Number: **2 8 5 5 0 7 9 1**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **28/10/1981**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3286176**

Correo electrónico / e-mail: **monica.rodriguez@buzonejercito.mil.co**

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination: Día / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
Triple Viral	Primera	27	03	2009		013M0083B	ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR ESM BAS 06	FLOR
Sarampión Rubéola	Adicional	04	10	2010		055VFA0472	ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR ESM BAS 06	FLOR
TdaP Acelular Gestante	Anual	21	04	2015		C4266AB	ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR ESM BAS 06	FLOR
Hepatitis B Adultos Particular	Primera	22	01	2019		UVX18004	ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR ESM BAS 06	FLOR M
TD Adulto Particular	Primera	29	01	2019		221502016B	ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR ESM BAS 06	FLOR
Fiebre Amarilla	Única	10	02	2019		P31711	ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR ESM BAS 06	OLIVA PEREZ
Fiebre amarilla	Primera dosis	10	02	2019	Fiebre Amarilla - SANOFI PASTEUR	P3A11	Centro de Salud Terminal Aéreo	
Hepatitis B Adultos Particular	Segunda	01	03	2019		UVX18004	ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR ESM BAS 06	FLOR M
TD Adulto Particular	Segunda	01	03	2019		221502016B	ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR ESM BAS 06	FLOR
Hepatitis B Adultos Particular	Tercera	28	08	2019		UVX18811	ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR ESM BAS 06	FLOR M
TD Adulto Particular	Tercera	28	08	2019		221501517B	ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR ESM BAS 06	FLOR M
Neumococo Conjugado 13valente Particular	Primera	02	09	2019		ALO968 PREVENAR 13 V	ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR ESM BAS 06	LIGIA RANGEL BASTO
Hepatitis B Adultos Particular	Refuerzo	05	10	2020		035Ñ7045	ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR ESM BAS 06	LIGIA RANGEL BASTO
COVID PFIZER	Primera	06	03	2021		EN1195	ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR ESM BAS 06	ADRIANA LÓPEZ VANEGAS

El Mnisterio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema deInformación **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El camé podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Mnistery of Health and Social Protection certifies that the informatión in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 6a354c11-69ff-44e3-b0f9-607b7d4d926b

Nombres y apellidos / Full name: **MONICA LORENA RODRIGUEZ MORENO**

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

Número de identificación / ID Number: **2 8 5 5 0 7 9 1**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **28/10/1981**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3286176**

Correo electrónico / e-mail: **monica.rodriguez@buzonejercito.mil.co**

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination: Día / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
COVID PFIZER	Segunda	27	03	2021		ER1742	ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR ESM BAS 06	JEINIS BARBOSA SANTIAGO
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	30	07	2021		V50221006	ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR ESM BAS 06	JEINIS BARBOSA SANTIAGO
TD Adulto	Primer Refuerzo	05	11	2021		2339X026A	ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR ESM BAS 06	LIGIA RANGEL BASTO
COVID MODERNA	Primer Refuerzo	29	11	2021	MODERNA SWITZERLAND GMBH	940874	ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR ESM BAS 06	JEINIS BARBOSA S SANTIAGO
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	08	06	2022	Sanofi Pasteur	V3C131V	ESPINAL ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	NARY ORJUELA CARVAJAL
COVID PFIZER	Segundo Refuerzo	21	07	2022	PFIZER	PCA0070	ESPINAL ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	ALBA GLORIA CAMPAZ GARCIA
Triple Viral Particular	Refuerzo	26	01	2023		U003148	DISPENSARIO MEDICO TOLEIMAIDA	DORA MURCIA
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	27	05	2023		230049	ESPINAL ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	SANDRA GALINDO
COVID MODERNA BIVALENTE	Adicional	13	12	2023	Catalent Indiana	003M22A	ESPINAL ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	SANDRA PATRICIA GALINDO GUZMAN
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	11	07	2024	Green Cross	V50524003	ESPINAL ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	SANDRA GALINDO
DPT ACELULAR ADULTO	Anual	28	08	2024	Sanofi Pasteur	C5926AB	ESPINAL ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	PEDRO PRADA
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	02	05	2025	GC BIOPHARMA CORP	V50525004	ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR ESM BAS 06	ADRIANA LOPEZ VANEGAS - CC52278576 - ACTIVO
COVID PFIZER JN1	Adicional	07	10	2025	PFIZER	ME0450	ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR ESM BAS 06	ADRIANA LOPEZ VANEGAS - CC52278576 - ACTIVO
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	29	05	2026	GC BIOPHARMA CORP	V50526002	ESPINAL ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	SANDRA PATRICIA GALINDO GUZMAN - CC28538427 - ACTIVO

El Mnisterio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema delnformación **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El camé podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Mnistery of Health and Social Protection certifies that the informatión in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 6a054c11-69ff-44e3-b0f9-607b7d4c626b

Nombres y apellidos / Full name: **MONICA LORENA RODRIGUEZ MORENO**

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

Número de identificación / ID Number: **2 8 5 5 0 7 9 1**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **28/10/1981**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3286176**

Correo electrónico / e-mail: **monica.rodriguez@buzonejercito.mil.co**

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination (Dia / Day)	(Mes / Month)	(Año / Year)	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONTRATO N.	002-2025
TIPO DE CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS
OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS COMO ESPECIALISTA EN PEDIATRIA PARA APOYO A LOS DIFERENTES SERVICIOS DEL HOSPITAL SAN RAFAEL DEL ESPINAL ESE.
CONTRATISTA:	MONICA LORENA RODRIGUEZ MORENO
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	28.550.791
DIRECCION:	CRA 4 #31-44
TELEFONO:	3143313238
FECHA:	01/04/2025

Entre los suscritos a saber: de una parte, LJR TEMPORALES S.A.S NIT: 901.095.622-7, representada legalmente por LEIDY JOHANNA RODRIGUEZ VERA mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía No. 38.140.134 expedida en la ciudad de Ibagué; quien para los efectos de este documento se denominará **CONTRATANTE** y, por otro lado, **MONICA LORENA RODRIGUEZ MORENO** identificado(a) con **28.550.791** quien en adelante se denomina EL **CONTRATISTA,** acuerdan **celebrar el presente contrato de prestación de servicios** el cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA.** EL CONTRATISTA en su calidad de ejecutor, se obliga para con el CONTRATANTE a realizar todas las tareas propias a la naturaleza del presente contrato y se obliga a realizar actividades COMO ESPECIALISTA EN PEDIATRIA PARA APOYO A LOS DIFERENTES SERVICIOS DEL HOSPITAL SAN RAFAEL DEL ESPINAL ESE. **CLÁUSULA SEGUNDA**. Las partes hacen constar expresamente que en el presente contrato no existe continuada subordinación y dependencia entre ellas; por consiguiente, no se configura vínculo laboral alguno entre el contratista y contratante. **CLAUSULA TERCERA. - VALOR:** El valor del presente contrato será por valor hora Diurna/consulta externa la suma de ($80.083) y valor hora nocturna/disponibilidad la suma de ($64.246) y el valor mensual está sujeto a previa cuenta de cobro presentada por el contratista, del 1 al 3 día hábil de cada mes Y auditada por la empresa usuaria (Hospital san Rafael de el Espinal ESE), así mismo se debe soportar con el pago de seguridad social correspondiente. **CLAUSULA CUARTA. -** LUGAR DE TRABAJO: El contratista

se obliga para con el contratante a realizar las actividades propias del presente contrato, en el lugar donde la empresa lo requiera. **CLAUSULA QUINTA** DURACIÓN: Este contrato tiene una vigencia por el tiempo de ( ) meses y regirá a partir de la fecha en que se firme. **CLAUSULA SEXTA. -** REQUISITOS DE PAGO: El contratista deberá presentar los siguientes documentos para gestionar el o los pagos productos del presente contrato: **1.** Presentación del informe de actividades. **2.** Presentación de cuenta de cobro o factura electrónica **3.** Soportes de pago al sistema de seguridad social integral y parafiscales. **PARAGRAFO:** Para el pago el contratista deberá acreditar el pago de las obligaciones al sistema de seguridad social integral, de acuerdo con el Art. 23 de la Ley 1150 de 2007. **CLAUSULA SEPTIMA:** PROTECCION DE DATOS PERSONALES: - El contratista autoriza de manera previa, expresa e informada al Contratante para que, directamente o a través de sus empleados, consultores, asesores, y/o terceros encargados del tratamiento de datos personales, realice cualquier operación o conjunto de operaciones tales como la recolección, almacenamiento, uso, circulación, supresión, transferencia y transmisión (el "Tratamiento") en y sobre sus datos personales, entendidos como cualquier información vinculada o que pueda asociarse al Contratista (los "Datos Personales"), lo cual incluye pero no se limita a datos de identificación, información de contacto, información financiera, información familiar, datos sensibles (por ejemplo, información médica y datos biométricos) e información profesional). La presente autorización se otorga para el cumplimiento de los fines del Contratante, que incluyen, pero no se limitan al cumplimiento de obligaciones legales o contractuales del Contratista con terceros; la debida ejecución de este contrato; el cumplimiento de las políticas internas del Contratante, incluyendo la Política de Tratamiento de la Información del Contratante (la "Política"); la verificación del cumplimiento de las obligaciones del contratista; la administración de sus sistemas de información y comunicaciones; el reporte de información a las autoridades competentes; la consolidación de bases de datos, y la generación de copias y archivos de seguridad de la información en los equipos proporcionados por el Contratista, así como las otras finalidades que sean informadas por medio de la Policía. El Contratista declara que acepta, entiende y conoce que para el cumplimiento de los fines acá descritos y realizar las validaciones pertinentes para su contrato, el Contratante, directa o indirectamente, podrá recolectar y Tratar Datos Personales y Datos Personales de Carácter Sensible del Contratista (por ejemplo, información médica y datos biométricos), mediante la práctica de visitas domiciliarias, pruebas de polígrafo y/o exámenes médicos, entre otros. PARAGRAFO PRIMERO. El Contratista autoriza

de manera previa, expresa e informada al Contratante para transferir y/o transmitir los Datos Personales o permitir el acceso a estos, para la consecución de las finalidades descritas arriba y en la Política, a terceros ubicados en Colombia o en el exterior, independientemente de si el país de envío cumple con los niveles adecuados de seguridad y protección de la información, incluso a países que no proporcionen niveles adecuados de protección de datos. El Contratista reconoce y acepta que el Tratamiento efectuado por fuera del territorio colombiano puede regirse por leyes extranjeras. El Contratista reconoce que ha sido informado de los derechos que le asisten en su calidad de titular de Datos Personales, entre los que se encuentran los siguientes: (i) conocer, actualizar, suprimir y rectificar sus Datos Personales frente al Contratante o quienes por cuenta de este realicen el Tratamiento; (ii) solicitar prueba de la autorización otorgada al Contratista, salvo cuando la ley no lo requiera; (iii) previa solicitud, ser informado sobre el uso que se ha dado a sus Datos Personales por el Contratista o quienes por cuenta de este realicen el Tratamiento; (iv) presentar ante las autoridades competentes quejas por violaciones al régimen legal colombiano de protección de datos, y (v) revocar la presente autorización y/o solicitar la supresión de sus Datos Personales, en la medida en que no exista una obligación legal o contractual de permanecer en la respectiva base de datos. PARAGRAFO SEGUNDO. Por medio del presente instrumento, el Contratista declara, garantiza y representa lo siguiente: 1. Que conoce y entiende la Política, pues ha tenido oportunidad de consultar y estudiarla detenidamente. 2. Que conoce y entiende que el responsable del Tratamiento será el Contratante, identificado en el presente contrato. 3. Que conoce y entiende los procedimientos y las formas con que cuenta para el ejercicio de los derechos que le asisten como titular de los Datos Personales, tal como estos se establecen y describen en la Política. 4. Que conoce y entiende que cualquier solicitud, reclamo, consulta o inquietud debe realizarlo de conformidad con la política de manejo de la información de la empresa debidamente divulgada. 5. Que el Contratante, en cumplimiento de los establecido en la normativa de protección de Datos Personales, particularmente de la ley 1581 de 2012 y del decreto 1377 de 2013, le ha informado del carácter facultativo de las respuestas a las preguntas sobre Datos Personales de carácter sensible o sobre Datos Personales de niñas, niños y adolescentes. 6. Que la presente autorización comprende el Tratamiento de sus Datos Personales a futuro y el que hubiere efectuado antes de la suscripción del presente instrumento, situación que se entiende ratificada por este medio. 7. Que, si bien el Contratista cuenta con una infraestructura tecnológica sólida y confiable, existen

circunstancias inherentes al tratamiento que expondrán los Datos Personales a ciertos riesgos, lo cual incluye pero no se limita a riesgos de seguridad, riesgos de virus, riesgos de corrupción y caídas de servicios, entre otros. PARAGRAFO TERCERO. El Contratista reconoce que, en ejercicio de los fines del Contratante, este podrá realizar monitoreos programados o no programados para asegurar el cumplimiento de este instrumento y de las políticas internas del Contratante, dichos monitoreos de harán conforme a los principios establecidos en la Política y han sido aceptados por el Contratista al suscribir este documento. El Contratista declara y garantiza que entiende, acepta y conoce que el incumplimiento de cualquiera de las obligaciones contenidas en esta cláusula, aun por una sola vez, será considerado como violación grave para todos los efectos legales. **CLAUSULA OCTAVA:** CAUSALES DE TERMINACION DEL CONTRATO: El presente contrato podrá darse por terminado cuando concurra una de las siguientes causales: a) mutuo acuerdo. b) por incumplimiento, de una o algunas de las actividades contratadas c) No se requiera mas el servicio prestado, sin que el contratante tenga que reconocer indemnización alguna.

De conformidad con lo anterior, las partes suscriben el presente documento en dos ejemplares del mismo tenor, el día (01) de abril de 2025.

EL CONTRATISTA: EL CONTRATANTE:

_____ _____

c.c Nit: 901095622-7

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES

CONTRATO No.	069-2025
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	27 DE MARZO DE 2025
CONTRATANTE	HOSPITAL SAN JOSE DE ORTEGA E.S.E.
NIT	890.700.967-1
CONTRATISTA	MONICA LORENA RODRIGUEZ MORENO
IDENTIFICACIÓN	28.550.791 de Ibagué
DIRECCION	CARRERA 4 No. 31 – 44 GUADALEJA BARRIO LA FRANCIA
TELEFONO	3143313238
CORREO ELECTRÓNICO	monicalorenarm@gmail.com
RÉGIMEN TRIBUTARIO	NO RESPONSABLE DE IVA

Entre los suscritos a saber, por una parte, el **HOSPITAL SAN JOSÉ DE ORTEGA E.S.E.**, identificado con el NIT 890.700.967-1, representada legalmente en su condición de Gerente por la doctora **DIANA MARCELA CAMPOS BARRIOS** , mayor de edad y vecina de esta ciudad, identificada con la cedula de ciudadanía No. 53.122.713 de Bogotá D.C., nombrada mediante Decreto No. 048 del 23 de marzo de 2024, posesionada el 1 de abril del año 2024 por el señor Alcalde del municipio de Ortega Tolima, facultada para celebrar contratos de conformidad con el Acuerdo No.018 de 2024, y quien para efectos del presente contrato se denominará **EL CONTRATANTE** y, por otra parte, **MONICA LORENA RODRIGUEZ MORENO**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 28.550.791 de Ibagué, quien manifiesta bajo la gravedad de juramento no estar incurso (a) en causales de inhabilidad e incompatibilidad conforme al artículo 8 de la Ley 80 de 1993, adicionado y modificado por el artículo 18 de la Ley 1150 de 2007, los artículos 1, 2 y el parágrafo 3 del artículo 84 de la Ley 1474 de 2011, para celebrar el presente contrato y quien para los efectos del mismo se denominara **EL CONTRATISTA,** hemos acordado celebrar el presente **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES**, el cual se regirá por las siguientes:

CLÁUSULAS	
1. OBJETO.	CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UN MEDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRIA PARA EL HOSPITAL SAN JOSE DE ORTEGA E.S.E
2. PLAZO DE EJECUCIÓN.	Ocho (08) meses y 24 días, contados a partir de la suscripción del acta de inicio, previo perfeccionamiento y legalización del contrato
3. LUGAR DE EJECUCIÓN.	El presente contrato se ejecutará en el municipio de Ortega – Tolima o donde lo requiera en desarrollo del objeto contractual.

Vigilado Supersalud

4. OBLIGACIONES.	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS: 1. Prestar los servicios especializados en Pediatría para la atención de los pacientes en el área de consulta externa. 2. Realizar diagnósticos y prescribir el tratamiento que debe seguirse, aplicando los "derechos del paciente" contenidos en la Ley 100 de 1993. 3. Prescribir y/o realizar procedimientos para la ayuda en el diagnóstico y/o manejo de paciente. 4. Realizar la atención médica con los estándares de calidad, bajo preceptos de buena comunicación y respeto. 5. Establecer y mantener las relaciones de coordinación necesarias para lograr una eficaz prestación de los servicios de salud. 6. Responder por los elementos entregados para el desarrollo de las actividades asignadas. 7. Diligenciar adecuadamente las Historias Clínicas a todos y cada uno de los pacientes atendidos, bien sea de forma manual o sistematizada, de conformidad con la Resolución No. 1995 del 8 de Julio de 1999 expedida por el Ministerio de Salud. 8. Prestar asistencia médica a los pacientes del servicio. 9. Dar la información pertinente a los pacientes y/o familiares, acerca de su estado de salud, tratamiento y conductas a seguir. 10. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos que le sean asignados por quien ejerce actividades como referente del área. 11. Cumplir con los protocolos de Bioseguridad de acuerdo a las Normas Epidemiológicas, así como mantener una adecuada desinfección de las áreas y el manejo de los desechos médico-quirúrgicos. 12. Aplicar y velar por la aplicación de las normas en el manejo adecuado del sistema informático en el servicio. 13. Reportar, gestionar y hacer seguimiento de los eventos adversos que se presenten durante su tiempo de actividades, informando a Auditoria de Calidad y aplicando las acciones preventivas y correctivas del caso para que no vuelvan a presentarse. 14. Diligenciar las novedades del servicio en el libro correspondiente.

Vigilado Supersalud

	15. Diligenciar adecuadamente, toda la papelería que sea de su competencia, para el área de Facturación. 16. Contestar, conjuntamente con el área de facturación, las glosas por los servicios prestados. 17. Participar en la implementación de los sistemas de gestión de calidad del hospital, MECI y demás que se requieran en pro del mejoramiento continuo de hospital. 18. Colaborar en las actividades del servicio, cuando sean inherentes a las actividades que desarrolla. 19. Diligenciar formato de prescripción MIPRES 20. Diligenciar fichas de notificación obligatoria para los eventos de vigilancia en salud publica en físico y o en plataforma del SIVIGILA web 21. Elaborar el informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato, para que este certifique el cumplimiento de las mismas. 22. El contratista deberá garantizar durante la vigencia del contrato que cuenta con una póliza de responsabilidad civil profesional con una cuantía no menor a 400 SMMLV. OBLIGACIONES GENERALES: 1. Ejecutar el objeto del contrato de acuerdo con lo estipulado en las condiciones para contratar y en la propuesta presentada por el contratista. 2. Realizar oportunamente los pagos al sistema general de seguridad social y pago de parafiscales de acuerdo con el artículo 23 de la Ley 1150 del 2007. 3. Guardar la suficiente reserva profesional sobre la información que se obtenga del contratante. 4. Responder por la calidad de los servicios prestados. 5. Presentar informes al supervisor del contrato sobre el cumplimiento de las obligaciones, para la realización del respectivo pago. 6. El contratista deberá asumir el pago de los impuestos que le corresponda cancelar de conformidad a la ley, las ordenanzas y los acuerdos.

Vigilado Supersalud

	7. Las demás que se requieran de acuerdo con la naturaleza del contrato.
5. VALOR.	VEINTICINCO MILLONES DE PESOS M/CTE ($25.000.000) IVA INCLUIDO
6. FORMA DE PAGO.	El Hospital San José de Ortega E.S.E. cancelará al contratista el valor total del contrato en pagos parciales, cada uno conforme al número de consultadas ejecutadas, el cual se reconocerá a un valor estimado de $45.000 por consulta, los cuales se cancelarán previa radicación de la factura y/o cuenta de cobro respectiva con el lleno de los requisitos exigidos por la ley, copia de los respectivos pagos al sistema de seguridad social integral y parafiscal y certificado de cumplimiento expedido por el supervisor del contrato.
7. REQUISITOS DE PAGO.	El contratista deberá presentar los siguientes documentos para gestionar el pago del presente contrato: 1. Presentación del informe de actividades. 2. Certificación de cumplimiento suscrito por el Supervisor. 3. Presentación de cuenta y/o factura de cobro por parte del contratista. 4. Soportes de pago al sistema de seguridad social integral y parafiscal. PARAGRAFO: Para el pago el contratista deberá acreditar el pago de las obligaciones al sistema de seguridad social integral, de acuerdo con el Art. 23 de la Ley 1150 de 2007. 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).
8. IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL.	El valor del presente Contrato se imputará con cargo al certificado de Disponibilidad Presupuestal No. 120 de fecha: 27 de marzo de 2025.
9. SUPERVISOR.	EL HOSPITAL, efectuará la supervisión del presente contrato a través de Carlos Andrés Chilatra Lozano Profesional Universitario, para lo cual deberá cumplir con las funciones establecidas en la Ley.
10. GARANTÍAS.	Para la presente contratación, no se exigirán garantías de ningún tipo teniendo en cuenta la naturaleza y tipo del contrato y el análisis de riesgo realizado en el estudio previo.
11. CLÁUSULAS EXCEPCIONALES.	En este contrato se entienden pactadas las cláusulas excepcionales previstas en los artículos 14 al 18 de la ley 80 de 1993, y demás normas que regulen la materia.
12. SUSPENSIÓN TEMPORAL DEL CONTRATO.	En el evento en que se presente causas de fuerza mayor, caso fortuito o razones de conveniencia para el cumplimiento del objeto contractual,

Vigilado Supersalud

	debidamente comprobadas, se podrá suspender el plazo de ejecución del contrato.
13. MODIFICACIONES, PRORROGAS, ADICIONES, TERMINACION ANTICIPADA Y CADUCIDAD.	Cuando hubiere lugar y se encuentre debidamente motivado, se celebrará una modificación al contrato a fin de reformar o aclarar cláusulas contractuales o para adicionar en plazo o valor del contrato inicial; en ningún caso, se podrá variar o modificar el objeto del contrato.
14. INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES Y CONFLICTOS DE INTERESES.	EL CONTRATISTA tal como lo acredita por escrito en su propuesta, declara bajo la gravedad de juramento, que no se encuentra incurso en ninguna de las inhabilidades e incompatibilidades para contratar con las Entidades Estatales (Constitución Política de Colombia, artículo 8 de la Ley 80 de 1993, 6 Ley 1150 de 2007 y el Decreto 1082 de 2015) y que, si llegare a sobrevenir alguna, actuará conforme lo dispone el artículo 9 de la Ley 80 de 1993; así mismo declara que no se encuentra incurso en conflictos de intereses.
15. CESION DEL CONTRATO.	El contratista no podrá ceder total o parcialmente los derechos u obligaciones derivadas del contrato, ni subcontratar total o parcialmente sin la autorización previa, expresa y escrita del Gerente de la ESE o del delegado.
16. CAUSALES DE TERMINACIÓN.	El contrato también podrá terminarse por cualquiera de los siguientes eventos: i) por acuerdo de las partes; ii) por vencimiento del plazo; iii) por caso fortuito o fuerza mayor; iv) por incumplimiento, de una o algunas de las obligaciones contratadas o su ejecución tardía, defectuosa o en forma diferente a la acordada en los términos definidos para este contrato.
17. MULTAS.	En el contrato se podrá pactar multas en caso de mora o de incumplimiento total o parcial de las obligaciones contractuales en que incurren algunas de las partes, la cual deberá pagar a la parte cumplida una suma equivalente hasta el veinte por ciento (20%) del valor total del contrato, incluida las adiciones si hay lugar a ello, a título de indemnización por dicho incumplimiento. El pago se ajustará al procedimiento legal establecido para tal fin. Si ello no fuere posible, su cobro podrá efectuarse con cargo a la garantía de cumplimiento. De las multas y demás sanciones impuestas por el HOSPITAL se informará a las entidades respectivas. PARÁGRAFO. La exigibilidad de las multas no exonerará al CONTRATISTA del cumplimiento de sus obligaciones contractuales hasta la terminación del contrato.

Vigilado Supersalud

18. CLÁUSULA PENAL.	En caso de declaratoria de caducidad o de incumplimiento total o parcial de las obligaciones contractuales, la ESE exigirá al contratista a título de clausula penal una suma equivalente al veinte por ciento (20%) del valor total del contrato, incluida las adiciones si hay lugar a ello.
19. SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.	Las controversias o diferencias que surjan entre el contratista y el contratante con ocasión de la firma, ejecución, interpretación, prórroga o terminación del contrato, así como de cualquier otro asunto relacionado con el presente contrato, serán sometidas a la revisión de las partes para buscar un arreglo directo mediante la conciliación.
20. EXCLUSION DE RELACIÓN LABORAL.	Las actividades que ejecuta EL CONTRATISTA y sus empleados, en desarrollo del presente contrato no generan relación laboral, ni pago de prestaciones sociales por lo tanto no da derecho a ningún tipo de emolumentos distintos a los pactados en este contrato, de acuerdo con lo establecido en inciso 2°. Numeral 3º del artículo 32 de la ley 80 de 1993. **PARÁGRAFO:** En cumplimiento de la Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios EL CONTRATISTA deberá afiliarse al sistema de seguridad social y el Hospital efectuará los controles mensuales para comprobar que EL CONTRATISTA permanezca afiliado durante el desarrollo del contrato.
21. DOCUMENTOS INTEGRANTES DEL CONTRATO.	Forman parte integrante de este contrato los siguientes documentos: 1. El CDP y los demás documentos expedidos en la etapa pre-contractual, contractual y postcontractual. 2. Todas las modificaciones, adiciones o aclaraciones que se expidan con posterioridad. 3. Todos los documentos necesarios para la legalización que se elaboren. 4. Los documentos que soporten la ejecución del mismo.
22. REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN.	El presente contrato se perfecciona con la suscripción de las partes, y para su legalización y posterior ejecución se requiere: a) Registro presupuestal. b) Acta de inicio
23. DECLARACIONES.	Las partes declaran que conocen, comprenden y aceptan todas y cada una de las estipulaciones contenidas en el presente contrato y los demás documentos que forman parte integral del mismo, cuya interpretación se sustentará en el principio de la autonomía de la voluntad de las partes con fundamento en el artículo 1602 del código civil colombiano.
24. NOTIFICACIONES.	Para efectos de las comunicaciones y/o notificaciones a que hubiere lugar en desarrollo del objeto contractual, y con posterioridad a éste, las partes registran las siguientes direcciones, en las cuales se surtirán válidamente

Vigilado Supersalud

	las mismas; El HOSPITAL en el Despacho de la Gerencia; El contratista en la CARRERA 4 No. 31 – 44 GUADALEJA BARRIO LA FRANCIA – TOLIMA. El Contratista se obliga a informar al HOSPITAL cualquier novedad al respecto, so pena de que se consideren válidamente surtidas las actuaciones pertinentes, en la dirección registrada.

Para constancia se firma el presente contrato, en Ortega Tolima, el día veintisiete (27) del mes de marzo del año 2025.

EL CONTRATANTE:

DIANA MARCELA CAMPOS BARRIOS
Gerente Hospital San José E.S.E.

EL CONTRATISTA:

MONICA LORENA RODRIGUEZ MORENO
C.C. No. 28.550.791 de Ibagué

EL SUPERVISOR:

CARLOS ANDRES CHILATRA LOZANO
Profesional Universitario

Proyecto: Mónica Alejandra Collazos - Profesional apoyo a la contratación

Reviso: María Camila Mosquera – Asesor Jurídica

Vigilado Supersalud

FORMATO ACTA DE INICIO	
Contrato No.	069-2025
Tipo del contrato:	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES
Fecha de suscripción:	27 DE MARZO DE 2025
Contratista	MONICA LORENA RODRIGUEZ MORENO
NIT:	28.550.791 de Ibagué
Objeto:	CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UN MEDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRIA PARA EL HOSPITAL SAN JOSE DE ORTEGA E.S.E
Valor:	VEINTICINCO MILLONES DE PESOS M/CTE ($25.000.000) IVA INCLUIDO
Plazo:	Ocho (08) meses y 24 días, contados a partir de la suscripción del acta de inicio, previo perfeccionamiento y legalización del contrato

En el Hospital San José E.S.E de Ortega– Tolima, el veintisiete (27) de marzo del año 2025, se suscribió la presente acta de inicio entre el señor **CARLOS ANDRÉS CHILATRA LOZANO** - Profesional Universitario en calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios No. 069 de 2025 y, **MONICA LORENA RODRIGUEZ MORENO** identificado con la cédula de ciudadanía No. 28.550.791 de Ibagué en calidad de **CONTRATISTA**, con el fin de dar inicio al contrato de prestación de servicios No. 069.

El supervisor deja constancia que verifico el cumplimiento de los requisitos de ejecución y legalización del contrato.

Lo anterior se firma en el municipio de Ortega Tolima, el veintisiete (27) de marzo del año 2025.

El supervisor y/o interventor	El contratista
CARLOS ANDRÉS CHILATRA LOZANO Supervisor. HOSPITAL SAN JOSÉ E.S.E.	MONICA LORENA RODRIGUEZ MORENO Contratista

Vigilado Supersalud

DIGSA

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN TÉCNICA Y DE GESTIÓN
GRUPO GESTIÓN DE LA AFILIACIÓN

EL SUSCRITO COORDINADOR DEL GRUPO DE AFILIACION Y VALIDACION DE DERECHOS

CERTIFICA

Consecutivo: 2233649

Que el(la) señor(a) MY MONICA LORENA RODRIGUEZ MORENO identificado(a) con Cédula de ciudadanía 28550791 pertenece al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (EJC) a través de COMANDO EJERCITO NACIONAL, su estado es Activo y como tal goza de los servicios médicos asistenciales aprobados en el Plan Integral de Salud mediante Acuerdo No. 002 del 27 de Abril de 2001.

Que de conformidad con lo establecido en el Decreto Ley 1795 del 14 de septiembre de 2000, 'ARTICULO 28.- RECONOCIMIENTO DEL TIEMPO DE AFILIACIÓN.- A los afiliados y beneficiarios que se retiren del SSMP, el Sistema General de Seguridad Social en Salud les reconocerá los tiempos de afiliación al SSMP, para efectos de periodos mínimos de carencia ó de cotización.

Fecha de ingreso (AAAA-MM-DD): 2007-07-27

Fecha final (AAAA-MM-DD):

CON 1000 SEMANAS DE AFILIACION.

Dada en Bogotá D.C., el día 25 de septiembrede 2026 .

Mayor JEUDIEL ESTEBAN ARAQUE PULIDO
Coordinador Grupo Gestión de la Afiliación
Dirección General de Sanidad Militar

ELABORÓ: CC1075287413

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:

MONICA LORENA RODRIGUEZ MORENO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **28.550.791**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 25 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.

NIT. 900.421.821-1 / RÉGIMEN COMÚN
AV. FERROCARRIL No. 41-46 Tels.: 2647277
2701329 / Cel.: 310-8713746 Ibagué, Tolima
saludocupacionalsore@yahoo.com / www.soresaludocupacional.com

Resolución Secretaria de Salud del Tolima No. 2984 del 27 de Oct. 2010

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL



NOMBRE DEL PACIENTE: MONICA LORENA RODRIGUEZ
DOCUMENTO: 28550791
EMPRESA CONTRATANTE: PACIENTES PARTICULARES
EMPRESA EN MISIÓN:
TIPO DE EXAMEN: INGRESO
FECHA: 2025-03-05
CARGO: PEDIATRA
CIUDAD: IBAGUE

EXAMENES QUE SE LE REALIZARON

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

CONCEPTO

Apto para manipular alimentos:	SI		NO		Aplazado		No Aplica	X
Apto para trabajar en alturas:	SI		NO		Aplazado		No Aplica	X
Apto para trabajar en espacios confinados:	SI		NO		Aplazado		No Aplica	X

EXAMEN DE INGRESO

Tipo: APTO

CONDUCTA

MANEJO POR EPS/ARL
Control Periódico por EPS

CONTROL PERIÓDICO OCUPACIONAL
Higiene Postural
Utilización de EPP
Utilización de ayudas ergonómicas

HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA
Dieta
Ejercicio regular 3 veces/semana

ACCIONES EN SISTEMA INTEGRAL DEL RIESGO

Sistema Integral de Gestión del Riesgo	SI	NO	Condiciones o Intervenciones para limitar el Daño									
Exposición a Factores de Riesgo por Trabajo en Alturas	X		Capacitar en el uso, dotar y usar elementos e implementos para trabajo seguro									
Visual		X	Usar Protector Visual	SI		NO	X	Lentes Correctivos	SI	X	NO	
Cardiovascular		X	Recomendaciones dietarias y farmacologicas	SI		NO	X	Medidas Adicionales	SI		NO	X
Auditivo		X	Protector Auditivo Permanente	SI		NO	X	Limitar Exposición	SI		NO	X
Biomecánico		X	Hacer pausas activas durante la jornada	SI		NO	X	Limitar Movimientos	SI		NO	X
Respiratorio		X	Usar Elementos de protección respiratoria	SI		NO	X	Medidas Adicionales	SI		NO	X
NOTA: USAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DURANTE LA JORNADA LABORAL												

RECOMENDACIONES ESPECIFICAS

INDUCCION AL CARGO
CONTROL OCUPACIONAL PERIODICO
CONDICIONES LABORALES SEGURAS Y ADECUADAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Yo MONICA LORENA RODRIGUEZ identificado(a) con C.C. No. 28550791 Autorizo al médico abajo mencionado, a que me realize de manera voluntaria el exámen médico ocupacional, exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización del exaámen médico ocupacional, y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, interpretación, limitaciones y riesgos del exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información suministrada, es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que la Empresa dé a la misma. Autorizo que suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional. Consentimiento informado de acuerdo a la resolución 1995 de 1999.

TRABAJADOR: MONICA LORENA RODRIGUEZ

Firma del Trabajador

C.C. 28550791

MÉDICO: CHISTIAN EDWIN CACERES ORJUELA

Firma del Médico

REGISTRO MÉDICO Y L.S.O.: 732363 RESOLUCION 419-2016

BBVA

Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

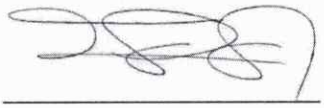
Que nuestro(a) cliente MONICA LORENA RODRIGUEZ MORENO, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 28,550,791 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 362603219 aperturada el 25 de enero de 2019 cuenta ACTIVA y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, el 28 de septiembre de 2026.

Para trámites de nómina,legales,internacionales y otros,también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos:	0362603219
Cuenta de 16 dígitos:	0362000200603219
Cuenta de 20 dígitos:	00130362000200603219

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)

FORMULARIO UNICO DE VINCULACION DE CONTRAPARTE PERSONA NATURAL

Código: HSR-DRE-PLI-P07-M08-F01	Versión: 02	Página:

HOSPITAL SAN RAFAEL DE EL ESPINAL E.S.E

(Diligenciar todos los campos, sin tachones ni enmendaduras)

Fecha de diligenciamiento:	Ciudad:		Se diligencia por:			
OCTUBRE DE 2026	ESPINAL	Vinculación	X	Actualización		

Conocimiento de la Contraparte

Proveedor de bienes y/o servicios	X	cliente Particular		Funcionario		Miembro de Junta directiva	

1. Datos Generales de Identificación

Primer nombre:	Segundo nombre:	Primer Apellido:	Segundo apellido:
MONICA	LORENA	RODRIGUEZ	MORENO

Tipo de Documento de Identificación:								Numero:
Cedula Ciudadania	X	Cedula Extranjeria		Carné		Pasaporte		28,550,791

Fecha de Expedición:	Ciudad y departamento :	Sexo		Nacionalidad
06 / 01 / 2000	IBAGUE - TOLIMA	F	M	COLOMBIANA

Dirección de Residencia:	Teléfono:
CARRERA 4 31 44 GUADALEJA	Celular:

2. Datos de actividad económica:

Profesión: MEDICO - ESPECIALISTA PEDIATRIA	Ocupación u Oficio:

Dependiente		Descripción de Actividad Independiente
Independiente		

Codigo CIIU de actividad principal	Empresa donde labora	
Cargo	Ciudad y Departamento :	Pais:
Teléfonos/fax oficina 3143313238	Correo Electrónico prioritaria5175@gmail.com	Dirección de correspondencia CARRERA 4 31 44 GUADALEJA

	Si	No
¿Maneja recursos publicos?		X
¿Obstenta de algun grado de poder publico?	X	
¿Goza de reconocimiento publico?		X
¿Es Servidor publico?	X	
¿Realiza operaciones internacionales?		X

En caso de relizar operaciones internacionales, marque con una (X)

Importaciones		Inversiones		Envio o recepción de giros	
Exportaciones		Prestamos		Pagos de servicios	
Otra		Cuàl?			

¿Posee productos financieros en el exterior?		
¿Posee cuentas en moneda extranjera?		

Tipo de Producto	Entidad	País	Ciudad	Moneda

Ingresos mensuales ($)		Egresos mensuales ($)	
Activos ($)		Pasivos ($)	
Patrimonio ($)		Otros ingresos ($)	

Concepto otros ingresos	

3. Declaración de Origen de Fondos

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 la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente.
3. Los recursos que se deriven del desarrollo de este vinculo 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:

4. Autorización

De manera expresa autorizo el tratamiento de los datos contenido en el presente formulario para el desarrollo los procedimientos establecidos por el Hospital San Rafael de El Espinal Tolima con el fin de dar cumplimiento a las políticas y demás lineamientos del Sistema de Administarción de Riesgos de Lavado de Activos y Finaciación del Terrorismo - SARLAFT.

5. Firma y Huella

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es verídica y firmo el presente documento



Huella

Firma Contraparte
(en caso de persona juridica sera el representante legal)

6. Verificación Datos

6.1 Entrevista

Lugar | Fecha | Hora

Nombre del Entrevistado

Nombre del Colaborador

Durante la entrevista encontro algo inusual o sospechoso? SI NO

Observaciones:

6.2 Validación de Soportes

Relación y validación de documentos mínimos requeridos que soportan la información contenida en el presente formulario:

Documento	Presento Soporte			Observación
	SI	NO	NA	
Persona Natural				
Fotocopia del documento de identificación				
Constancia de Ingresos (Certificación laboral, certificado de ingresos y retenciones o el documento que corresponda)				
Declaración de renta del último período gravable disponible (Si declara)				

Fecha		Hora	

Los documentos allegados por la contraparte soportan la información y como constancia de ello, el verificador

Nombre y cargo de quien verifica

Firma

Observaciones: