Hospital E.S.E. CASTILLA LA NUEVA	**HOSPITAL CASTILLA LA NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NIT 900.004.059-7**			MUNICIPIO DE CASTILLA LA NUEVA
	LISTA DE VERIFICACION HOJAS DE VIDA			
	CÓDIGO	FECHA	VERSIÓN	Documento Controlado
	TH-F-04	17-02-2026	08	Página 1 de 1

NOMBRE Y APELLIDOS: Silvia Catherine Quecedo **FECHA DE VERIFICACIÓN:**

#	CRITERIO DE CUMPLIMIENTO	SI	NO	N/A
1	Acto administrativo de nombramiento (nomina)			X
2	Acta de posesión (nomina)			X
3	Soporte del pago estampilla (nomina)			X
4	Hoja de Vida DAFP – Actualizada y Descargada del SIGEP II (Debe reflejar el presente de la persona)	✓		
5	Declaración Juramentada de Bienes y Rentas – Actualizada y Descargada del SIGEP II (Debe reflejar el presente de la persona)	✓		
6	Registro de los Conflictos de Interés - Ley 2013 de 2019 Función Pública - Aplicativo por la Integridad Pública	✓		
7	Declaración de Inhabilidades e incompatibilidades. (Presentación del Formulario del Hospital).	✓		
8	Cédula de Ciudadanía al 150% - Copia Simple con resolución de buena calidad.	✓		
9	Registro Único Tributario RUT – Actualizada. (Expedición No superior a un mes) - Copia Simple con resolución de buena calidad.	✓		
10	Libreta Militar o Documento que Resuelve Situación Militar - Copia Simple con resolución de buena calidad.			X
11	Carnet de Vacunas Completo - Copia Simple con Resolución de buena calidad.			
12	Examen Médico Ocupacional por Perfil (Hospital)	✓		
13	Constancia de Afiliación a EPS, Fondo de Pensión y ARL (Expedición no superior a 2 meses) (N/A ARL será afiliado por el Hospital)	✓		
14	Formato de Confidencialidad y No Divulgación de Información. (Formulario del Hospital).	✓		
15	Autorización de Trata de Datos Personales y Consulta de Antecedentes, en especial, Delitos Sexuales. (Formulario del Hospital).	✓		
16	Certificado de Antecedentes Disciplinarios Expedido Por la Procuraduría General de la Nación. (Expedición no superior a 1 mes)	✓		
17	Certificado de Antecedentes Fiscales Expedido Por la Contraloría General de la Republica. (Expedición no superior a 1 mes)	✓		
18	Certificado de Antecedentes Judiciales Expedido Por la Policía Nacional de Colombia. (Expedición no superior a 1 mes)	✓		
19	Certificado de Antecedentes Medidas Correctivas Expedido Por el RNMC. (Expedición no superior a 1 mes)	✓		
20	Certificado delitos sexuales Expedido Por la Policía Nacional de Colombia. (Expedición no superior a 1 mes)	✓		
21	Certificado del Registro de Deudores Alimentarios Morosos. (Expedición no superior a 1 mes)	✓		
22	Certificación Bancaria (Vigencia no superior a 30 días)	✓		
23	Tarjeta Profesional al 150% - Copia Simple con Resolución de buena calidad.	✓		
24	Diploma de Grado - Copia Simple con Resolución de buena calidad.	✓		
25	Acta de Grado - Copia Simple con Resolución de buena calidad.	✓		
26	Antecedentes Profesionales, Comprobante de No Estar Inhabilitado Para Ejercer la Profesión y Vigencia de la Tarjeta Profesional.			X
27	Cursos, Diplomados, Posgrados, ETC. (Sólo se debe relacionar estudios del perfil profesional según la necesidad)			X
28	Convalidación por Parte de Autoridad Competente Para Títulos Obtenidos en el Extranjero.			X
29	Certificación Laboral Relacionada (Que tenga relación con el perfil de la necesidad)	✓		
30	Licencia de Conducción y RUNT sin multas de tránsito (Paramédicos, Auxiliares Vacunación y Profesionales con Rodamiento).			X
	DOCUMENTACIÓN ADICIONAL POR PERFIL			
31	Humanización (Todos los Asistenciales Administrativos y de Salud).	X		
32	Competencia en Atención al Usuario (Todos los Asistenciales Administrativos y de Salud)	X		
33	Autorización Para Ejercer Profesión – RETHUS Actualizado (Médicos, Enfermeras, Aux. Enfermería, Odontología, Bacteriólogo, Nutricion, Psicólogo, etc.)	X		
34	Acreditación del Servicio Social Obligatorio (Bacteriología, Enfermería, Medicina, Odontología, etc.) - Copia Simple.			X
35	Competencia en Soporte Vital Avanzado (Médico, Enfermeros Profesionales, auxiliares de enfermería de urgencias y hospitalización)			X
36	Competencia en Soporte Vital Básico (Médico, Enfermeros Profesionales, auxiliares de enfermería)	X		
37	Competencia en AIEPI Clínico (Médico, Enfermeras Profesionales, pediatra)			X
38	Atención a Personas Víctimas de Ataques con Agentes Químicos. (Paramédicos, Médicos, Enfermeras, auxiliares de enfermería, psicólogo, nutrición)	X		
39	Competencias Esenciales Para el Cuidado del Donante Expedida por el INS (Médicos)			X
40	Atención a Población Víctima del Conflicto Armado (Médico, Enfermera, Aux enfermería, Odontólogo, Bacteriólogo, Nutricionista, Psicólogo)	X		
41	Interrupción Voluntaria del Embarazo (Médicos, Enfermera, y Psicólogo, ginecología.)			X
42	Curso Atención a Víctimas de Violencia Sexual (Médico, Enfermeras, Aux Enfermería, Odontólogo, Bacteriólogo, Nutrición, Psicólogo, especialistas).	X		
43	Asesoría Pre y Post VIH (Médico, Enfermera, Psicólogo)			X
44	Atención del Parto (Médico, ginecología)			X
45	Gestión del Duelo (Médico, Enfermera, psicología)	X		
46	Medición automática de la tensión arterial OPS (Médicos, Enfermera, Aux Enfermería)	X		
47	Curso manejo integral del dengue OPS (Médico, Enfermera, Aux Enfermería, Bacterióloga)	X		
48	Competencia en Administración de Inmunobiológicos PAI (Auxiliares de Vacunación, Coordinadora, PAI)	X		
49	Competencia AIEPI Comunitario (Personal Asistencial de Actividades Extramurales) (Programas)	X		
50	Competencia en Toma de Muestras de Labor Clínico (Personal de Enfermería y de Laboratorio)	X		
51	Curso de Primeros Auxilios (Conductores y Paramédicos)			X
52	Carnet de Radio Protección (Radiólogo y Tecnólogo Radiología)			X
53	Mecánica básica (conductores)			X
54	Manejo defensivo (conductores)			X
55	Manejo de residuos hospitalarios (servicios generales)			X
56	Curso de facturación en salud (facturadoras, radicación, glosas)			
57	**Constancia de Idoneidad, Experiencia Requerida y Relacionada. (Verificación de Talento Humano, SG-SST, Calidad).**			
58	**Formato inducción y reinducción (nomina)**			
59	**Formato evaluación inducción y reinducción (nomina)**			

NOMBRE DE QUIEN VERIFICA Tatiana Martinez.

Castilla La Nueva - Meta, el 04 de septiembre de 2026

Rdo Sandra Garcia
4/9/2026

Dra.:
SANDRA MAGNOLIA GARCIA CHAVARRO
Director Administrativo – Dirección de Servicios Centrales
Hospital de Castilla la Nueva E.S.E.

Ref. **PROPUESTA PARA PROCESO DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS 2026-333**

Cordial saludo,
SILVIA CATHERINE QUEVEDO POVEDA, quien se identifica con C.C. No. 1.123.512.346 expedida en Castilla la Nueva – Meta está interesado en enviar una PROPUESTA para un Contrato de Prestación de Servicios, cuyo objeto ***"PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA, PARA REALIZAR ACTIVIDADES INTRAMURALES Y EXTRAMURALES EN EJECUCION DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI) DESARROLLADAS POR EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E."*** de acuerdo a los requerimientos y calidades establecidas por la entidad.

1. **LOS TÉRMINOS EN LOS CUALES SE DESARROLLARÁ EL CONTRATO SON LOS SIGUIENTES:**

1.1. PLAZO DE EJECUCIÓN: El plazo de ejecución será de **TRES (3) MESES**, contados a partir de la fecha de suscripción del Acta de Inicio por parte del SUPERVISOR y EL CONTRATISTA, previo el cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y legalización del contrato.

1.1. VALOR TOTAL DEL CONTRATO: Una vez analizada las condiciones contractuales en cuanto el Objeto contractual, las obligaciones generales y específicas, y por esto, la cantidad de tiempo físico que me tomará brindarle mis servicios al HOSPITAL para suplir la necesidad, establezco como valor por la prestación de mis servicios la suma de **SIETE MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($7.950.000) M/CTE.**

1.2. FORMA DE PAGO: El HOSPITAL girará los recursos objeto del CONTRATO, así:

El Hospital de Castilla La Nueva E.S.E cancelará el valor del contrato de la siguiente manera: En mensualidades vencidas, iguales y sucesivas por valor de **DOS MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($ 2,650,000) M/CTE.**, y/o proporcional por fracción de tiempo ejecutado, siempre y cuando se cumpla con el objeto del contrato, previa presentación del informe de actividades desarrolladas, la respectiva factura de venta y/o cuenta de cobro, certificación de pago de aportes al SGSSS y aportes parafiscales, y la certificación de cumplimiento por el supervisor del contrato. **PARÁGRAFO PRIMERO:** El CONTRATISTA deberá acreditar que se encuentra al día en el pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social Integral en Salud, Pensión y riesgos laborales, de conformidad con el parágrafo 1° del artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, y la Ley 1562 de 2012 y el Decreto 723 de 2013. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** A la cuenta se le harán los descuentos de ley y el valor neto obtenido se pagará previos los trámites administrativos establecidos por la entidad. El HOSPITAL efectuará las deducciones a que haya lugar sobre cada pago, de conformidad con lo dispuesto en la legislación vigente sobre la materia. En todo caso, los pagos antes previstos estarán sujetos al Programa Anual de Caja (PAC), de la entidad. Una vez aceptada la cuenta el HOSPITAL cuenta con diez (10) días para el desembolso efectivo. **PARAGRAFO TERCERO:** El pago será cancelado por medio de la Tesorería Hospital, a través de la consignación en cuenta corriente o de ahorros que el contratista señale en una de las entidades financieras afiliadas al sistema automático de pagos y/o cheque de acuerdo a la solicitud por parte del contratista, previos los descuentos de ley. **PARÁGRAFO CUARTO:** EL HOSPITAL, sólo adquiere obligaciones con el proponente favorecido en el proceso de contratación y bajo ningún motivo o circunstancia aceptará pagos a terceros.

1.3. OBLIGACIONES ESPECÍFICAS A DESARROLLAR POR EL CONTRATISTA:

El CONTRATISTA será responsable y se obliga a: **1.** Cumplir a cabalidad con las obligaciones contraídas en el contrato **2.** Realizar visitas casa a casa para realizar verificación, canalización y brindar procesos educativos a población en

general, padres de familia y cuidadores, relacionados con el programa ampliado de inmunización con relación al cumplimiento de coberturas de niños menores de 5 años y personas susceptibles de vacunación. **3**. Fortalecer el sistema de información del PAI, realizando verificación del seguimiento a las cortes del recién nacido de años anteriores según lineamientos emitidos por el Nivel Nacional del programa ampliado de inmunizaciones. **4**. Apoyar a EL HOSPITAL en el transporte y disposición de los biológicos suministrados por la red de frío departamental a la red de frío del HOSPITAL**. 5**. El contratista se responsabiliza del aseguramiento de los biológicos (su debido almacenamiento y protección) conforme a las directrices de cadena de frio, PARAGRAFO: el contratista diligenciara los formatos implementados para el control de la temperatura y humedad**. 6**. Apoyo a las jornadas de salud direccionadas por el Ministerios de la Protección Social. **7**. Apoyar encuentros formativos para la promoción de la salud y prevención de las enfermedades inmunoprevenibles y prevalentes de la infancia, dirigido a la comunidad del área urbana y centros poblados del Municipio de Castilla la Nueva (Meta). **8.** El CONTRATISTA presentará informes de las actividades desarrolladas en ejecución del presente CONTRATO, realizando dicho informe con detenimiento, consignando información verídica de la ejecución del período contractual a informar, y con anexo fotográfico. **9**. **CUMPLIR LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS PARA EL DISEÑO Y/O IMPLEMENTACION DE LOS DIFERENTES SISTEMAS DE GESTIÓN Y PLANES DE MEJORAMIENTO. 10. Dar estricto cumplimiento al sostenimiento de las buenas relaciones interpersonales entre contratistas, entre contratistas y personal de planta, y entre contratistas y usuarios, so pena que las reiteradas faltas (tres) constatadas por El Hospital como consecuencia de una queja verbal o escrita en su contra, facultan a la Entidad para dar por terminado unilateralmente el presente contrato. 11.** El CONTRATISTA entiende que presta los servicios a una entidad pública que participa directamente en la garantía del derecho fundamental a la salud, de igual forma, entiende que el HOSPITAL busca la humanización del servicio para cumplir con objetivos de acreditación y mejora significativa del servicio, por lo que debe el CONTRATISTA poner a disposición del servicio, las actitudes correctas que permitan representar los valores de la entidad. El contratista pondrá en práctica los criterios positivos de actitud frente al paciente y su familia y, en el ambiente profesional en el lugar en donde presta sus servicios. Estos criterios serán evaluados por el SUPERVISOR. **12.** Las demás que se deriven de la naturaleza del contrato y que garanticen su cabal y oportuna ejecución.

2. ANEXOS:

Para la presentación de la respectiva cotización anexo la siguiente información que fue requerida:

1. Hoja de vida según formato del Hospital.

Cordialmente,

SILVIA CATHERINE QUEVEDO POVEDA
C.C. No. 1.123.512.346 expedida en Castilla la Nueva – Meta.
Dirección: Mz I Casa 8 Barrio La Pradera, Castilla La Nueva – Meta.
Teléfono: 314 4354796
Email: catherinequevedo48@gmail.com

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
QUEVEDO	POVEDA	SILVIA CATHERINE

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1123512346	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 24 MES 09 AÑO 1993	CALLE 3 null null MZ I CASA 8 LA PRADERA			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	META
DEPTO	META	MUNICIPIO	CASTILLA LA NUEVA		
MUNICIPIO	GUAMAL	TELÉFONO	3144354793	EMAIL	katherinequevedo_13@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2010

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	3	X		TECNCO EN SALUD PUBLICA	09	2018	
PREGRADO	3	X		ENFERMERIA	06	2012	

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 ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* CASTILLA LA NUEVA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6086751118	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	05	*Año*	2026	*Día*	04	*Mes*	09	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUX DE ENFERMERIA VACUNACION	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION						*DIRECCIÓN* CARRERA 8N 15 null VIA CACAYAL					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* CASTILLA LA NUEVA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6086751118	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	07	*Mes*	01	*Año*	2026	*Día*	04	*Mes*	05	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUX DE ENFERMERIA VACUNACION	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION						*DIRECCIÓN* CARRERA 8 15 null VIA CACAYAL					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* CASTILLA LA NUEVA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6086751118	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	08	*Mes*	09	*Año* 2025	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUX DE ENFERMERIA APS	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 8 15 null VIA CACAYAL						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* CASTILLA LA NUEVA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6086751118	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	19	*Mes*	03	*Año* 2025	*Día*	03	*Mes*	09	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR VACUNACION	*DEPENDENCIA* VACUNACION Y AUXILIAR DE ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 8 15 null VIA CACAYAL						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* CASTILLA LA NUEVA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6086751118	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	22	*Mes*	11	*Año* 2024	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AUXILIAR DE ENFERMERIA VACUNAC					*DIRECCIÓN* AVENIDA CARRERA 8 15 null cra 8 No 15 via cacayal						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD -CRUZ ROJA COLOMBIANA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* CASTILLA LA NUEVA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 320491935	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	10	*Mes*	09	*Año* 2022	*Día*	15	*Mes*	10	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1347 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* TRASLADO ASISTENCIA BASICO					*DIRECCIÓN* ESTACION CASTILLA 2 Y 3 VEREDA CAÑO GRANDE						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD OPERADORA DE PALMA DE LA ALTILLANURA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* PUERTO GAITÁN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3183381423	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	26	*Mes*	04	*Año* 2021	*Día*	06	*Mes*	05	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUX DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRACION - ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* - KM38 VIA RUBIALES -17KM VIA ANTIGUA A PLANAS						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD QALYS ASESORES & CONSULTOR SAS			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3134930550	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	18	*Mes*	07	*Año*	2018	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL ANALISTA ASISTENCIAL	*DEPENDENCIA* DIRECCION MEDICA Y FINANCIERA						*DIRECCIÓN* ANILLO VIAL null null null PARQUE COMERCIAL PRIMAVERA					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD IPS TERAMED SAS			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3232054422	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	03	*Año*	2018	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUX DE ENFEREMERIA	*DEPENDENCIA* ATENCION DOMICIALIRA EN CASA						*DIRECCIÓN* CALLE 33A 34 29 BARRIO BARZAL					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD IPS PROSEGUIR			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3133124663	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	28	*Mes*	12	*Año*	2017	*Día*	28	*Mes*	02	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUX DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* SERVICIO ATENCION DOMICILIARIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 37 36 70 BARRIO BARZAL					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD IPS MULTISALUD LTDA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* GRANADA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3144172899	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	24	*Mes*	07	*Año*	2017	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUX DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* LABORATORIO- TOMA DE MUESTRAS						*DIRECCIÓN* CARRERA 16 14 2					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* CASTILLA LA NUEVA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6751083	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	11	*Mes*	11	*Año*	2016	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUX DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* CENTRO DE SALUD						*DIRECCIÓN* CARRERA 8 null 15 VIA CACAYAL					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SALUD XPRESS SAS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* CASTILLA LA NUEVA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3202366320	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	22	*Mes*	04	*Año* 2015	*Día*	03	*Mes*	11	*Año*	2015	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUX DE ENFEREMERIA	*DEPENDENCIA* TRASLADO ASISTENCIAL BASICO					*DIRECCIÓN* CALLE 13 23 78 B SAN JOSE ACACIAS META						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD MULTIDELTA S.AS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* CASTILLA LA NUEVA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3102818774	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	06	*Mes*	01	*Año* 2014	*Día*	10	*Mes*	07	*Año*	2014	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUX DE ENFEREMERIA	*DEPENDENCIA* TRASLADO ASISTENCIAL BASICO					*DIRECCIÓN* - MZ A CASA 8 URBANIZACION EL PROGRESO						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FOXI CORPORACION FUERZA OXIGENO			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* CASTILLA LA NUEVA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3102408302	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	28	*Mes*	01	*Año* 2014	*Día*	30	*Mes*	05	*Año*	2014	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUX DE ENFEMERIA	*DEPENDENCIA* AUX DE ENFERMERIA PYP					*DIRECCIÓN* CARRERA 32 40 09 PISO 3 VILLAVICENCIO						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FOXI - CORPORACION FUERZA OXIGENO			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* CASTILLA LA NUEVA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3212164950	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	06	*Año* 2013	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2013	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUX DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AUX DE ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 32 40 09 PISO 3 VILLAVICENCIO						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FOXI CORPORACION FUERZA OXIGENO			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* CASTILLA LA NUEVA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3144354793	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	11	*Mes*	09	*Año* 2012	*Día*	20	*Mes*	12	*Año*	2012	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIRA DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AUXILIAR ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 32 40 09 PISO 3 VILLAVICENCIO						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	11
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	6	10
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 Coatzacoalcos 1ro Nov 21

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Castilla la Nueva.

Ciudad y fecha

Karol Giraldo Peña

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Función Pública

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

Tipo de declaración	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2026-04-20 19:53

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
SILVIA	CATHERINE	QUEVEDO	POVEDA

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1123512346

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	CASTILLA LA NUEVA

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	CASTILLA LA NUEVA

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 DE CASTILLA LA NUEVA

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	CASTILLA LA NUEVA

Dirección	["carrera 10 No.4-43 barrio centro"]

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	$25.020.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$25.020.000,00

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	$2.000.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
CASA	COLOMBIA	META	CASTILLA LA NUEVA	$8.699.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
PAGO SEMESTRE EDUCACION HIJO	$1.250.000,00
PAGO SEGURIDAD SOCIAL	$541.800,00
ALIMENTACION	$800.000,00
SERVICIOS	$250.000,00
TRANSPORTE	$350.000,00

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:

Castilla la Nueva-Meta, a los 04 de 09 de 2026

Señores:
HOSPITAL CASTILLA LA NUEVA E.S.E.
Ciudad.

Manifiesto bajo la gravedad de juramento que entiendo las inhabilidades e incompatibilidad establecidas en la ley y mediante la suscripción del presente formulario SI_____ NO_X_ me encuentro incurso en alguna de las causales de inhabilidad o incompatibilidad para celebrar contratos con su entidad, en relación las siguientes:

FUENTE	INHABILIDAD	SI	NO
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal a)	¿Está inhabilitado para contratar con el estado de conformidad con las causales establecidas en la constitución o la ley?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal b)	¿En los últimos cinco (5) años ha participado en licitaciones o celebrados contratos estando inhabilitado para contratar con el estado?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal c)	¿En los últimos cinco (5) años le han declarado la caducidad de un contrato estatal?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal d)	¿En los últimos cinco (5) años ha sido condenado a la pena accesoria de interdicción de derechos y funciones públicas, o ha sido sancionado disciplinariamente con destitución?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal e)	¿En los últimos cinco (5) años ha dejado de suscribir –sin justa causa- un contrato estatal que le hubiere sido adjudicado?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal f)	¿Es servidor público?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal g)	Para el presente proceso ha presentado o estima presentar propuesta su cónyuge o compañero permanente, un pariente hasta el segundo grado de consanguinidad, ¿o segundo de afinidad?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal h)	¿Tiene su representante legal o alguno de sus socios (salvo en las sociedades anónimas abiertas) vínculos de parentesco hasta el segundo grado de consanguinidad, o segundo de afinidad con el representante legal o los socios de otra sociedad que haya presentado o estime presentar propuesta para el presente proceso?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal i)	• ¿Ha sido socio de alguna persona jurídica a la que le haya sido declarada la caducidad en los últimos cinco (5) años? • ¿La persona jurídica tiene algún socio que anteriormente haya sido socio de otra persona jurídica a la que le fuera declarada la caducidad en los últimos cinco (5) años?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal j) modificado por el artículo 31 de la Ley 1178 de 2016.	• ¿Ha sido declarado usted responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la administración pública, o por delitos o faltas contempladas en la Ley 1474 de 2011, o por cualquiera de las conductas delictivas contempladas por las convenciones o tratados de lucha contra la corrupción suscritos y ratificados por Colombia?		X

	• ¿En el caso de personas jurídicas (incluidas matrices y subordinadas – salvo anónimas abiertas) lo han sido sus administradores, representantes legales, miembros de junta directiva o de socios controlantes? • ¿La persona jurídica ha sido declarada responsable administrativamente por la conducta de soborno transnacional?		
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal k) modificado por el artículo 33 de la Ley 1178 de 2016.	Persona natural: Financió usted o sus parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad, o primero civil la campaña del actual alcalde municipal, con aportes superiores al dos por ciento (2.0%) de las sumas máximas a invertir? Persona jurídica: Financió usted o su representante legal, los miembros de junta directiva o cualquiera de sus socios controlantes, directamente o por interpuesta persona la campaña del actual alcalde municipal, con aportes superiores al dos por ciento (2.0%) de las sumas máximas a invertir? **No aplica para servicios profesionales.**		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 2° literal a)	¿Fue servidor público de esta entidad desempeñando funciones en los niveles directivo o asesor en el último año?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 2° literal b)	¿Tiene vinculo de parentesco hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, con algún funcionario de esta entidad que se desempeñe en los niveles directivo o asesor, o de quien ejerza control interno o fiscal de la misma?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 2° literal c)	¿Es cónyuge o compañero permanente de algún funcionario de esta entidad que se desempeñe en los niveles directivo o asesor, o de quien ejerza funciones de control interno o control fiscal de la misma?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 2° literal d)	• ¿Dentro de la persona jurídica tiene participación u ocupa cargos de dirección o manejo algún funcionario de esta entidad que se desempeñe en los niveles directivo o asesor? • ¿O que sea cónyuge o compañero permanente o pariente hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o civil de dicho funcionario?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 2° literal f) adicionado por el artículo 4° de la Ley 1474 de 2011.	• Usted o las personas a través de las cuales prestará el servicio, ocuparon en los últimos dos años un cargo directivo en esta entidad, ¿cuyo sector tenga relación con el objeto del futuro contrato? • Tiene parentesco hasta el primer grado de consanguinidad, primero de afinidad, o primero civil con un ex empleado público, con el que se cumpla las condiciones antes mencionadas? • La sociedad tiene vinculado a cualquier título a un ex empleado público, con el que se cumpla las condiciones antes mencionadas?		X
Inciso tercero, Art. 49 Ley 617 de 2000 modificado por el	• ¿Es cónyuge, compañero permanente, o tiene parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad, o primero civil con el Representante Legal de esta entidad?		X

artículo 1° de la Ley 1148 de 2007, y por la Ley 1296 de 2009	• ¿Tiene vinculado o prevé vincular para la ejecución del respectivo contrato a una persona que tenga tales calidades?		X
Parágrafo 3°Art. 49 Ley 617 de 2000 modificado por el artículo 1° de la Ley 1148 de 2007	• ¿Es cónyuge, compañero permanente, o pariente hasta el segundo grado de consanguinidad, primero de afinidad o único civil de algún concejal del municipio? • ¿Tiene vinculado o prevé vincular para la ejecución del respectivo contrato a una persona que tenga tales calidades?		X
Art. 90 Ley 1474 de 2011	• ¿Ha sido objeto de imposición de multas o declaratorias de incumplimiento? Nota: En caso afirmativo indique el tipo de sanción, la entidad que la impuso y la fecha de imposición		X
OBSERVACIONES:	*"Diligencia esta casilla en caso de que la respuesta a alguna de las preguntas anteriores haya sido afirmativa, o en el evento de que considere pertinente poner de presente a la entidad alguna circunstancia que pudiera incidir en su capacidad para contratar."*		

TENGA EN CUENTA:

.- *Cónyuge:* persona que se encuentra unida a otra mediante matrimonio civil o religioso.
.- *Compañero Permanente:* Es el hombre y mujer que forman parte de la unión marital de hecho, es decir quienes, sin estar casados, hacen una comunidad de vida permanente y singular, en los términos de la Ley 54 de 1990.
.- *Parentesco por consanguinidad:* Es la relación o conexión que existe entre las personas que descienden de un mismo tronco o raíz o que están unidas por los vínculos de la sangre.
.- *Parentesco por afinidad:* Es el que existe con los familiares consanguíneos de su respectivo cónyuge o compañero permanente.
.- *Parentesco Civil:* Es el que resulta de la adopción, mediante la cual la ley estima que el adoptante, su mujer y el adoptivo se encuentran entre sí, respectivamente, en las relaciones de padre, de madre, de hijo. Este parentesco no pasa de las respectivas personas.
.- *Parentesco hasta primer grado de consanguinidad:* papá, hijo,
.- *Parentesco hasta primer grado de afinidad:* papá, hijo, de su cónyuge o compañero permanente.
.- *Parentesco hasta segundo grado de consanguinidad:* papá, abuelo, hijo, nieto, hermano
.- *Parentesco hasta segundo grado de afinidad:* papá, abuelo, hijo, nieto, hermano de su cónyuge o compañero permanente.
.- *Parentesco hasta cuarto grado de consanguinidad:* papá, abuelo, bisabuelo, tatarabuelo, Hijo, nieto, bisnieto, tataranieto, Hermano, tíos, sobrinos, primo hermano, tío abuelo, sobrino nieto.
.- *Parentesco primero o único civil:* El que existe entre el hijo y los padres adoptantes.

Firma,

Nombre: Silvia C Acevedo P

Cédula: 1123512346

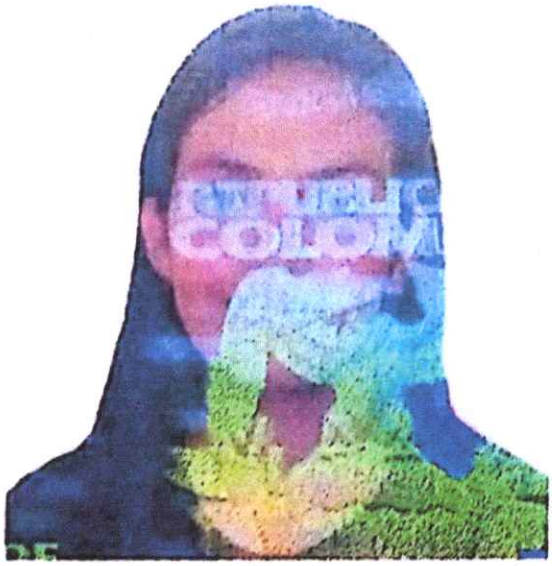
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.123.512.346**
QUEVEDO POVEDA

APELLIDOS
SILVIA CATHERINE

NOMBRES
Silvia Quevedo

FIRMA



Escaneado con CamScanner



FECHA DE NACIMIENTO **24-SEP-1993**
GUAMAL
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56	**B+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

03-OCT-2011 CASTILLA LA NUEVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-5201000-00352403-F-1123512346-20111223 0028[illegible]

CamScanner

Escaneado con CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141173731978

(415)7707212489984(8020) 000014117373197 8

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1123512346	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Meta 5 0	Castilla la Nueva 1 5 0

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
QUEVEDO	POVEDA	SILVIA	CATHERINE

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Meta 5 0	Castilla la Nueva 1 5 0

41. Dirección principal
MZ I CA 8 BRR LA PRADERA

42. Correo electrónico catherinequevedo48@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 4 4 3 5 4 7 9 3	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 9	2 0 2 5 0 3 1 9	8 6 9 2	2 0 1 2 0 9 0 1		8 6 1 0			

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2025-04-15 / 01:34:01PM

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 QUEVEDO POVEDA SILVIA CATHERINE
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: cc7aa2aa-864b-4773-b7a5-8c5ddddb3afb

Nombres y apellidos / Full name: **SILVIA CATHERINE QUEVEDO POVEDA**

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

Número de identificación / ID Number: **1 1 2 3 5 1 2 3 4 6**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **24/09/1993**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3144354793**

Correo electrónico / e-mail: **vacunacionesecastillalanueva@gmail.com**

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
Hepatitis B Adultos	Primera	27	02	2012		0341200IC	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	
Sarampión Rubéola	Adicional	17	03	2012		012N1015	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	MONICA MARTINEZ
Hepatitis B Adultos	Segunda	28	03	2012		035A1009	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	
Hepatitis B Adultos	Tercera	28	09	2012		047A1019	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	
COVID PFIZER	Primera	10	03	2021	PFIZER	EN1195	VILLAVICENCIO MULTISALUD IPS	DIANA PAOLA ORJUELA
COVID PFIZER	Segunda	31	03	2021	PFIZER	ER1742	VILLAVICENCIO MULTISALUD IPS	NADIA CAROLINA PEREZ MORENO
COVID MODERNA	Primer Refuerzo	10	02	2022	MODERNA SWITZERLAND GMBH	015F21A	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	YASMIN GARAVITO QUIROGA
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	09	09	2022	Green Cross	V50222013	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	DAHIANA NIÑO RODRIGUEZ
Hepatitis A Adultos Particular	Primera	12	09	2022		U3E206V	CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL META	ANA CECILIA HERRERA HUMO
Fiebre Tifoidea Paratifoidea Intramuscular	Primera	12	09	2022		U2A121V	CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL META	ANA CECILIA HERRERA HUMO
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	21	10	2024	Green Cross	V50524003	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	MARIA NHORA RIVERA GIRALDO
Fiebre Amarilla	Única	04	12	2024	Bio-Manguinhos/FIOCRUZ	232VFC007Z	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	MARIA NHORA RIVERA GIRALDO
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	25	07	2026		V50526002	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	CARMENZA CASTRO CASTRO

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.

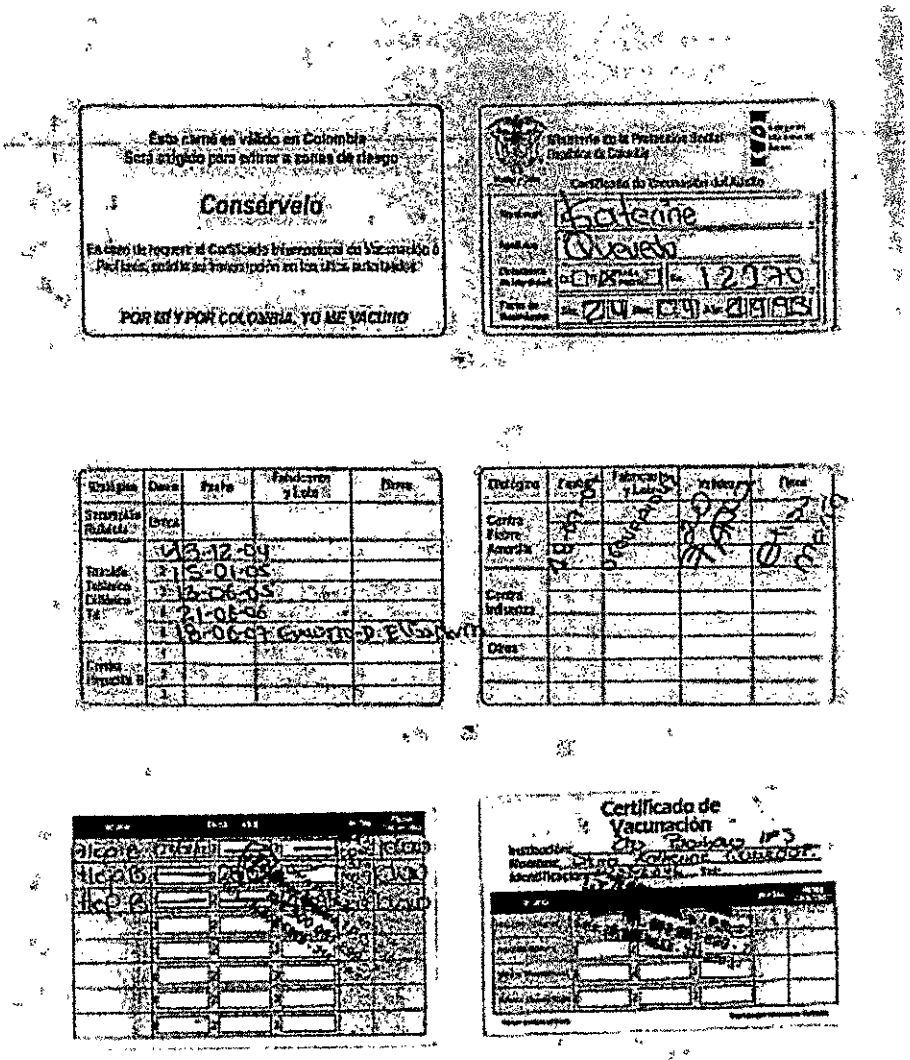
El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

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.



Para los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente Hoja de Vida, son veraces (C.S.T. Art. 62 Núm. 1) Régimen Laboral Colombiano.

CENTRO DE ESPECIALISTAS SANTA BARBARA IPS SAS

NIT: 900051899

Dir: **Carrera 14 N° 12-34 Edificio Santa Bárbara pisos 1 y 2 Sede principal**

Celular: **313 343 0779 - 317 437 3838 - 311 279 5155**

Correo: **atencionalusuario@santabarbaraips.com**

Acacias - Villavicencio - Castilla(meta-colombia)



EXAMEN DE OPTOMETRIA

Atención Nº: 10,998

DATOS PERSONALES

Fecha: 27/04/2026 Municipio: CASTILLA LA NUEVA (META, COLOMBIA) CC: 1123512346 Nombre: QUEVEDO POVEDA SILVIA CATHERIN Edad: 32 AÑOS 7

Genero: FEMENINO Profesión o Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA Empresa: PARTICULARES

Eps: CAPITAL SALL Tipo Evaluación Medica: PROCEDIMIENTOS F. Último Examen: 13/03/2025

Lugar del Último Examen: CASTILLA LA NUEVA Motivo Consulta: CONTROL

ANTECEDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECENDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	NO APLICA
TRAE RX	NO
USA ANTEOJOS	NO USA

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/20	0.5M	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
O.I:	NO APLICA	20/20	0.5M	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
A.O:	NO APLICA	20/20	0.5M	N/A	NO APLICA	N/A	N/A

EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO: **NORMAL**

OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

REFLEJOS

OBSERVACIÓN: **PRESENTES Y NORMALES**

COVER TEST

VISIÓN LEJANA: **NORMAL**

VISIÓN PROXIMA: **NORMAL**

MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

OFTALMOSCOPÍA

OJO DERECHO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**

OJO IZQUIERDO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**

QUERATROMETRÍA

OJO IZQUIERDO: **K´ = N/A**

OJO DERECHO: **K´ = N/A**

REFRACCIÓN

OJO DERECHO: **N** AV VL 20/ **20**

OJO IZQUIERDO: **N** AV VL 20/ **20**

RX FINAL

OJO IZQUIERDO: **NO REVISADO**	AV VL 20/	AV VP 20/	ADD
OJO DERECHO: **NO REVISADO**	AV VL 20/	AV VP 20/	ADD

VISIÓN COLOR

OJO DERECHO: **NORMAL**

OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
Z010	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	AMBOS	Enfermedad general	PRINCIPAL

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

EMETROPE, USO GAFAS DE PROTECCION SOLAR Y USO DE EPP DEPENDIENDO EL RIESGO AL QUE ESTE EXPUESTO

OPTOMETRA

TATIANA CUASTUMAL ARTEAGA
Optómetra Especialista en S O
Resolución No 4320

Firma:

Nombre: NIT: 52562329 - TATIANA1 CUASTUMAL

R. M.: 3872 **L.S.O.:**

Código de Seguridad

K1600Q3W10998

PACIENTE

Silvia

Firma:

Nombre: QUEVEDO POVEDA SILVIA CATHERINE

CC: 1123512346

CENTRO DE ESPECIALISTAS SANTA BARBARA IPS SAS

NIT: 900051899

Dir: Carrera 14 N° 12-34 Edificio Santa Bárbara pisos 1 y 2 Sede principal

Celular: 313 343 0779 - 317 437 3838 - 311 279 5155

Correo: atencionalusuario@santabarbaraips.com

Acacias - Villavicencio - Castilla(meta-colombia)

Santa Bárbara



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.572

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
15 DÍA	11 MES	2024 AÑO	CASTILLA LA NUEVA (META, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

QUEVEDO POVEDA SILVIA CATHERINE	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	31 AÑOS 1 MESES 21 DÍAS	CC	1123512346
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AUXILIAR DE ENFERMERIA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
CUMPLE CON LOS REQUISITOS NECESARIOS PARA EL PERFIL DEL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

N/A | NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACION OCUPACIONAL ✓	CONSULTA PRIMERA VEZ POR OPTOMETRÍA ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

APLICAR BIOSEGURIDAD EN EL HORARIO LABORAL - CUMPLIR PROTOCOLO ANTI COVID 19.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y nesgos del examen médico a partir de la asesoria brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: LEON PICO MILCIADES

R. M.: 8074 L.S.O.: 8074

Código de Seguridad
S1600Y1E1572

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: QUEVEDO POVEDA SILVIA CATHERINE

CC: 1123512346

Powered by CamScanner

SaludTotal

VILLAVICEN, Agosto 19 de 2026

Señora:

QUEVEDO POVEDA SILVIA CATHERINE

CC. 1123512346MZ I CA 8 LA PRADERA - 2999

Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Julio 31 de 2017. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem_cot	Sem_Ant	Parentesco	Estado_Afiliación	Fecha_de_desafiliación_EPS	Estado_Actual	Discapacidad
QUEVEDO POVEDA SILVIA CATHERINE	1123512346	C	Jul-31-2017	155	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
HERNANDEZ QUEVEDO DEYBIS DALEK	1123511479	T	Sep-6-2017	156	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón_social_del_aportante	Usuario_en_contrato	Tipo_de_contrato	Estado_de_contrato
SILVIA CATHERINE QUEVEDO POVEDA	1123512346	Independiente con aporte voluntario a salud	VIGENTE
SILVIA CATHERINE QUEVEDO POVEDA	1123512346	Independientes con contrato de prestación de servi	CERRADO
SILVIA CATHERINE QUEVEDO POVEDA	1123512346	Independientes con contrato de prestación de servi	CERRADO
CRUZ ROJA COLOMBIANA	1123512346	Dependiente	CERRADO
MULTISALUD LTDA	1123512346	Dependiente	CERRADO
NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S A	1123512346	Dependiente	CERRADO
OPERADORA DE PALMA DE LA ALTILLANURA SAS	1123512346	Dependiente	CERRADO
QALYS ASESORES Y CONSULTORES	1123512346	Dependiente	CERRADO
SILVIA CATHERINE QUEVEDO POVEDA	1123512346	Independiente con aporte voluntario a salud	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerencia de Operaciones Comercial

SALUD TOTAL EPS S.A.

Elaboró: Servicios en Línea

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.170.043-7

CERTIFICA QUE:

SILVIA CATHERINE QUEVEDO POVEDA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.123.512.346**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR**.

La presente certificación se expide el 19 de Agosto del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

POSITIVA

GRUPO BICENTENARIO

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

SILVIA CATHERINE QUEVEDO POVEDA identificado con CC. 1123512346 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

Nombres y/o Razón	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE
Tipo y Numero de Documento	NI - 900004059

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL

Fecha de inicio de cobertura	2026/05/05	**Fecha inicio contrato**	2026/05/05
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/09/04
Riesgo	3	**Código actividad económica**	3861001 - Actividades de hospitales y clinicas, con internacion, comprende las actividades que consisten principalmente en
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	2026/08/04	**Estado del contrato**	Activa

Esta certificación se expide a los 19 días del mes de agosto del 2026.

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

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC19082026N1123512346A21398388.** Este código es válido por un mes.

CER_AFI_2026030781714

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

FORMATO COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Yo, Silva Catherine Acevedo Parada identificado con cédula de ciudadanía No 1123512346 expedida en Castilla la nueva, en mi condición de PROPONENTE (Representante Legal o Persona Natural), me obligo a cumplir con el objeto del presente documento, por ello, entiendo y acepto las siguientes condiciones, compromisos, derechos y deberes, relacionados con: **PRIMERA - COMPROMISO:** EL PROPONENTE, quien para los efectos del presente documento se denominará PARTE RECEPTORA se obliga a no divulgar a terceras partes, la "Información confidencial", que reciba por parte del HOSPITAL, que para los efectos del presente documento se denominará PARTE REVELADORA, de igual forma, se obliga a darle a dicha información el mismo tratamiento que le darían a la información confidencial de su propiedad. Para efectos del presente compromiso, "Información Confidencial" comprende toda la información divulgada por la PARTE REVELADORA, ya sea en forma oral, visual, escrita, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible y que se encuentre claramente marcada como tal al ser entregada a la parte receptora. **SEGUNDA - OBJETO:** El presente compromiso de confidencialidad y no divulgación de la información, tiene por objeto señalar y especificar las políticas de confidencialidad que debe cumplir LA PARTE RECEPTORA, respecto del acceso, consulta y uso de la información confidencial que produce y administra LA PARTE REVELADORA. Por lo tanto, quien suscribe el presente documento se obliga a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, comunicar, utilizar y/o emplear la información conocida o entregada por la parte reveladora, para fines distintos al cumplimiento del objeto del contrato a celebrar con el HOSPITAL.**TERCERA - CONOCIMIENTO EXCLUSIVO:** La parte receptora se obliga a mantener de manera confidencial la información suministrada de la institución que reciba de la PARTE REVELADORA y no la revelará a terceros, de tratarse de una empresa o comerciante, deberá compartirla únicamente con el equipo de trabajo y asesores que tengan la necesidad de conocer dicha información para los propósitos autorizados, y quienes deberán estar de acuerdo en mantener de manera confidencial dicha información. **CUARTA - USO EXLUSIVO:** La PARTE RECEPTORA se obliga a utilizar la Información confidencial recibida, únicamente para el desarrollo el objeto del contrato suscrito con la PARTE REVELADORA. **QUINTA - RESPECTO A LOS DATOS PERSONALES:** Para el caso del manejo de información que incluya datos personales, la PARTE RECEPTORA dará estricto cumplimiento a las disposiciones constitucionales y legales sobre la protección del derecho fundamental de HABEAS DATA, en particular lo dispuesto en el artículo 15 de la Constitución Política y la ley 1581 de 2012 y las disposiciones internas de la entidad **SEXTA – OBLIGACIÓN DE RESPONDER POR LOS DAÑOS:** En caso de que la PARTE RECEPTORA incumpla parcial o totalmente con las obligaciones establecidas en el presente compromiso éste será responsable de los daños y perjuicios que dicho incumplimiento llegase a ocasionar a la PARTE REVELADORA. **SEPTIMA – CLAÚSULA PENAL:** Independientemente de la cláusula anterior, La PARTE RECEPTORA por el cumplimiento del presente ACUERDO deberá pagar como cláusula penal el valor equivalente a CUATRO (4) SMLMV. PARÁGRAFO: El presente ACUERDO presta mérito ejecutivo por sí mismo, como garantía del cumplimiento o el incumplimiento. **NOVENA – VIGENCIA:** La vigencia del presente compromiso será indefinido y permanecerá vigente mientras exista la información en manos de la PARTE RECEPTORA.

En consecuencia, de lo anterior, el presente compromiso se firma a los Cuatro (04) días del mes de Septiembre del 2026

LA PARTE RECEPTORA (Firma)

Nombre. Silva Acevedo Parada

CC No. 1123512346

Nit. No. _____

Empresa _____

LA PARTE REVELADORA (Firma)

MARTHA LUCIA HERRERA RIOS

Gerente del Hospital de Castilla la Nueva E.S.E.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, CONSULTA DE ANTECEDENTES, Y CONSULTA DE INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES

Yo[1] Silvia Catherine Acevedo Parada quien me identifico con cedula 1123512346 expedida en Castilla la nueva, por medio del presente y de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015, la Ley 1918 de 2018 y el Decreto 753 de 2019, AUTORIZO libre, expresa e inequívocamente al HOSPITAL, para que realice la consulta, verificación, recolección y tratamiento de mis datos personales, que suministro de manera veraz y completa, los cuales serán utilizados para los diferentes aspectos relacionados con la CONTRATACIÓN de la Entidad.

Igualmente, manifiesto que de conformidad con el artículo 56 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo - Ley 1437 de 2011 modificado por el artículo 10 de la Ley 2080 de 2021, AUTORIZO expresamente al HOSPITAL a remitir notificaciones electrónicas al correo electrónico que se relaciona en el CONTRATO. Por lo anterior, autorizo y acepto recibir notificaciones a través de medios electrónicos.

Respecto a la consulta en el Registro de Inhabilidades por delitos sexuales contra menores de edad, me comprometo a entregar el certificado expedido por la autoridad competente para el conocimiento del contenido, así mismo el HOSPITAL queda plenamente facultado para realizar la consulta en el aplicativo dispuesto para ello.

De igual manera manifiesto que la presente autorización me fue solicitada y puesta de presente antes de entregar mis datos y que la suscribo de forma libre y voluntaria una vez leída en su totalidad.

La presente autorización se expide con fecha 04-09-2026

Firma: _____

[1] Persona que se identifica al final del escrito y quien actúa en nombre propio o como Representante Legal de una Persona Jurídica

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 301451957

PIB
21:06:43

Bogotá DC, 19 de agosto del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) SILVIA CATHERINE QUEVEDO POVEDA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1123512346:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 19 de agosto de 2026, a las 21:07:54, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1123512346
Código de Verificación	1123512346260819210754

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:09:07 PM horas del 19/08/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1123512346**

Apellidos y Nombres: **QUEVEDO POVEDA SILVIA CATHERINE**

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, 19/08/2026 09:10:09 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1123512346** y Nombre: **SILVIA CATHERINE QUEVEDO POVEDA.**

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. **146013992** . 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

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 21:11:49 horas del 19/08/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1123512346,** Apellidos y Nombres **QUEVEDO POVEDA SILVIA CATHERINE**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HOSPITAL CASTILLA LA NUEVA**, con NIT **900004059-7** 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.

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

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 1123512346 **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 19/08/2026 09:13 PM

Código Verificación: **RCX6B3THZ5**

Válida hasta: **18/11/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Banco Caja Social
Su banco amigo.

UNA EMPRESA DE FUNDACIÓN GRUPO SOCIAL

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

SILVIA CATHERINE QUEVEDO POVEDA Identificado con CC 1123512346

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina ACACIAS, con las siguientes características:

Cuentamiga

Número:	24093170147
Fecha de apertura:	29 de Marzo de 2019
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Miércoles, 19 de Agosto de 2026.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social

GOBERNACION DEL META
SECRETARIA DE SALUD
Carné de Inscripción

DEPARTAMENTO DEL META



SILVIA CATHERINE
QUEVEDO POVEDA
C.C.1123512346

Registro No. 50-13660 META

AUXILIAR EN ENFERMERIA

"La secretaria Seccional del departamento del Meta de Seguridad Social; Inspección, Vigilada y Control hace constar que el portador de esta carné cumplio con los requisitos legales para ejercer la profesión"

FECHA DE EXPEDICION
AGOSTO 2012

Secretaria seccional de Salud

Powered by CamScanner

Gobernación del Meta
Nit: 892000148-8

RESOLUCIÓN NÚMERO 50 13660
Por la cual se autoriza el ejercicio de la profesión

LA JEFE DE LA OFICINA DE SEGURIDAD SOCIAL, INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL

En uso de sus facultades y en especial las conferidas en el Decreto 1875 de 1994 Resolucion 0285/89 de Minsalud y Resolución 0088/04 de la Secretaria Departamental de Salud, y

CONSIDERANDO:

Que SILVIA CATHERINE QUEVEDO POVEDA con cédula de ciudadanía 1.123.512.346 de Castilla La Nueva, solicitó ante esta Secretaría autorización para ejercer como Auxiliar en Enfermería, según Certificado de Técnico Laboral, otorgado por Los Andes Institución de Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano el 14 de junio de 2012.

Que, revisada la documentación presentada se constató el cumplimiento de los requisitos exigidos para dicho trámite.

Que en virtud de lo expuesto, este despacho.

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO. Autorizar a SILVIA CATHERINE QUEVEDO POVEDA con cédula de ciudadanía 1.123.512.346 de Castilla La Nueva, para ejercer como Auxiliar en Enfermería, en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO. Contra la presente resolución procede el recurso de reposición y apelación en los términos establecido en el Decreto 01 de 1984.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE
Villavicencio, 01 de agosto de 2012

MARLENY ROJAS HOLGUIN
Jefe Oficina de Seguridad Social I.V.C

Gloria C

Powered by CamScanner

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

y en su Nombre la

INSTITUCIÓN EDUCATIVA CASTILLA LA NUEVA

Castilla La Nueva - Meta

Autorizada por la Secretaria de Educación Departamental
según Resolución No. 6370 del 17 de Noviembre del 2010

Confiere a:

Silvia Catherine Quevedo Poveda

Identificado(a) con T.I. No. 93092412170 Expedida En Castilla La Nueva

El Titulo de:

BACHILLER ACADÉMICO

Por haber alcanzado y aprobado los estudios correspondientes
al nivel de educación Media Académica Artículos 28 Ley 115 de
1994, según los planes y programas Vigentes

Lic:Angel de Jesus Suarez
c.c 17.445.018 de (Guamal- Meta)
Rector

Stella Suárez Bolívar
C.C 21.174.527 de Acacias - Meta
Secretaria

Dado en Castilla La Nueva (Meta), a 03 de Diciembre del año 2010.

Powered by CamScanner

Inscripicion DANE 150150000191

Acta Individual de Grado

INSTITUCIÓN EDUCATIVA CASTILLA LA NUEVA

Kilometro 1 Via Chichimene
Castilla La Nueva -Meta

En La Ciudad de Castilla La Nueva - Meta, a los tres días de diciembre del año 2010 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los Alumnos (as), de Ultimo grado, los Suscritos Rector y La Secretaria en La Rectoria de la INSTITUCIÓN EDUCATIVA CASTILLA LA NUEVA - META Institución Aprobada hasta nueva visita en el nivel de Educación Media Académica Aprobada por la secretaria de Educación del Meta para otorgar el titulo de Bachiller Académico Según Resolución No 6370 del 17 de Noviembre de 2010

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los Alumnos (as) que Cursaron y aprobaron los Estudios Correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedio a otorgar el

TITULO DE
BACHILLER ACADÉMICO

al Graduando cuyos nombres, apellidos y numero de documento de identidad se relacionan a continuación

Silvia Catherine Quevedo Poveda

Identificado (a) T.I. 93092412170 de Castilla La Nueva

Es Fiel copia del Acta Original General Nº 10 folio Nº 46 Libro Nº 3 de Fecha 3 de diciembre del año 2010 que consta de 38 alumnos(as) que comienza con el nombre de ALAPE CHIRIVI JAIVER ALEXIS Y se cierra con el nombe de ZAMORA ARIAS NURY

Firmado Por

Lic: Ángel de Jesús Suárez
C.C:17.445.018 de Guamal Meta
Rector

Stella Suárez Bolívar
C.C:21.174.527 de Acacias-Meta
Secretaria

Dada en Castilla La Nueva - Meta a los 3 días de Diciembre de 2010
Copia Firmada y sellada por

Rector

Lic: Ángel de Jesús Suárez
C.C:17.445.018 de Guamal Meta
Rector

Secretaria

Stella Suárez Bolívar
C.C:21.174.527 de Acacias-Meta
Secretaria

Nota: Esta Acta es fiel copia Tomada del Acta Original

Powered by CamScanner

Libertad y Orden

La República de Colombia

y en su nombre

Los Andes

Institución de Educación para El Trabajo y Desarrollo Humano

Aprobado Según :

Resoluciones : No 1339, del 04 de Septiembre de 2.009,por la Secretaria de Educación del Municipio de Villavicencio , 3863 , 3864 del 10 de Noviembre de 2.009 por la Secretaria de Educación del Departamento del Meta ; los Acuerdos 079 del 06 de Abril de 2.009, y 252 , 253 emitidos por el Ministerio de la Protección Social.

Certifica a

Silvia Catherine Quevedo Poveda

Identificado(a) con C.C. No 1.123.512.346 de Castilla la Nueva-Meta

El Presente Certificado de Técnico Laboral Por Competencia Como :

Auxiliar en Enfermería

Por haber Culminado sus Estudios, y Cumplido los Requisitos Académicos Exigidos por el Ministerio de la Protección Social . con una intensidad Horaria de 1800 Horas

Centro de Estudios Tecnológicos Los Andes DIRECTOR

Lilia Camelo de Mancera
Directora

Centro de Estudios Tecnológicos Los Andes SECRETARIA VILLAVICENCIO

Nubia Stella Parra Rojas
Secretaria

Libro de Registro No E Acta No 19 Folio No 65

No se requiere registro, según Decretos N°. 921 del 6 de mayo de 1994 expedido por El Ministerio de Educación Nacional y 2150 del 5 de Diciembre de 1995 de la Presidencia de la República

Dado en Villavicencio a los 14 días del mes de Junio de 2.012

Powered by CamScanner

Acta Individual de Grado

" LOS ANDES "
INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN
" PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO "

En la ciudad de Villavicencio, a los 14 días del mes Junio de 2012 Se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos. Los suscritos Directora y Secretaria en la Dirección de LA INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO LOS ANDES. Aprobado, Según Resoluciones No 1339 del 04 de Septiembre de 2.009 por la Secretaria de Educación del Municipio de Villavicencio,las 3863,3864 del 10 de Noviembre de 2.009 por la Secretaria de Educación del Departamento del Meta Los Acuerdos: 079 del 06 de Abril de 2.009 y, 252 ,253, emitidos por el Ministerio de la Protección Social.

Comprobada la situación Legal y Académica, de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios Exigidos por el Ministerio de la Protección Social se procedió a otorgar el: ***CERTIFICADO TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIA COMO AUXILIAR EN ENFERMERÍA*** *.Con una intensidad horaria de 1800 horas al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:*

Silvia Catherine Quevedo Poveda
Identificado(a) con C.C. No 1.123.512.396 de Castilla La Nueval

Es fiel copia tomada del acta original No ***019*** *de fecha Junio 14 de 2012 y que consta de* ***94*** *alumnos ,que comienza con el nombre de :* ***AGUDELO AIDA LUCIA*** *y se cierra con el nombre de :* ***VELASQUEZ SANABRIA JUAN CARLOS*** *.*

Dada en Villavicencio a los 14 días del mes de Junio de 2012.

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

Firmado y Sellado

Centro de Estudios Tecnológicos DIRECTOR

Lic. LILIA CAMELO DE MANCERA
C.C. No. 21.215.866 de Vcio.
Directora

Centro de Estudios Tecnológicos SECRETARIA VILLAVICENCIO

NUBIA STELLA PARRA ROJAS
C.C. No. 40.370.167 de Vcio.
Secretaria

Powered by CamScanner

EL ASESOR JURÍDICO DEL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E., ADSCRITO A LA SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA, EN EJERCICIO DE SUS FUNCIONES,

CERTIFICA:

Que, la señora **SILVIA CATHERINE QUEVEDO POVEDA**, quien se identifica con C.C. No. 1.123.512.346 expedida en Castilla la Nueva – Meta, tuvo vínculo contractual con el **HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E.**, tal como a continuación se relaciona:

No. DE CONTRATO:	**2024-333**
TIPO DE CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS
OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES INTRAMURALES Y EXTRAMURALES EN EJECUCION DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PIC, DESARROLLADAS POR EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E.
VALOR DEL CONTRATO:	TRES MILLONES CIENTO VEINTE MIL PESOS ($3.120.000) M/CTE
ADICIÓN:	N/A
VALOR TOTAL:	TRES MILLONES CIENTO VEINTE MIL PESOS ($3.120.000) M/CTE
FECHA DEL CONTRATO:	VEINTIDOS (22) DE NOVIEMBRE DE 2024
TERMINO:	UN (1) MES Y NUEVE (9) DÍAS.
PRÓRROGA:	N/A
TERMINO FINAL DEL CONTRATO:	**UN (1) MES Y NUEVE (9) DÍAS.**
FECHA DE TERMINACIÓN:	TREINTA (30) DE DICIEMBRE DE 2024
ESTADO ACTUAL:	Terminado
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS:	El CONTRATISTA será responsable y se obliga a: **1**. Cumplir a cabalidad con las obligaciones contraídas en el contrato. **2**. Realizar actividades propias de una auxiliar de enfermería en concertación con la coordinadora del PIC, para cumplir las obligaciones del Plan de Intervenciones Colectivas (Procesos, Campañas, Jornadas, Estrategias, y Procedimientos Administrativos). **3**. Realizar visitas casa a casa para realizar verificación, canalización y brindar procesos educativos a población en general, padres de familia y cuidadores, relacionados con el programa ampliado de inmunización con relación al cumplimiento de coberturas de niños menores de 5 años y personas susceptibles de vacunación. **4**. Realizar visitas casa a casa para realizar verificación, canalización y brindar procesos educativos a madres gestantes para control prenatales. **5**. Fortalecer el sistema de información del PAI, realizando verificación del seguimiento a las cortes del recién nacido de años anteriores según lineamientos emitidos por el Nivel Nacional del programa ampliado de inmunizaciones. **6**. Apoyar a EL HOSPITAL en el transporte y disposición de los biológicos suministrados por la red de frio departamental a la municipal. **7**. Apoyo a las jornadas de salud direccionadas por el Ministerios de la Protección Social. **8**. Apoyar encuentros formativos para la promoción de la salud y prevención de las enfermedades inmunoprevenibles y prevalentes de la infancia, dirigido a la comunidad del área urbana y centros poblados del Municipio de Castilla La Nueva. **9**. Apoyo una estrategia de Educación y Comunicación con la metodología COMBI orientada en las acciones de sensibilización y capacitación dirigida a la identificación de signos y síntomas para TB y LEPRA, canalización hacia los servicios de salud, dirigido a la comunidad del área urbana y centros poblados del Municipio de Castilla la Nueva. **10**. Apoyar las

	diferentes actividades contempladas en el Desarrollo del Plan de Intervenciones Colectivas. **11.** EL CONTRATISTA garantizará el desplazamiento para la prestación de sus servicios, para ello, pondrá a su disposición un vehículo tipo motocicleta, la cual deberá cumplir: **A.** Con las condiciones operativas y mecánicas necesarias del vehículo, manteniendo el vehículo en un mantenimiento preventivo y correctivo periódico. **B.** El vehículo debe cumplir con las normas de tránsito y transporte dispuesto por las autoridades. Deberá anexar al informe copia del SOAT, Tecno Mecánica, y licencia de conducción, y licencia de propiedad. **C.** Utilizar el mismo vehículo que relaciona en sus informes, para la prestación de sus servicios. PARÁGRAFO: EL CONTRATISTA deberá cumplir con todas las normas de tránsito y transporte para la prestación de servicios. **12.** El CONTRATISTA presentará informes de las actividades desarrolladas en ejecución del presente CONTRATO, realizando dicho informe con detenimiento, consignando información verídica de la ejecución del período contractual a informar, y con anexo fotográfico. **13.** CUMPLIR **LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS PARA EL DISEÑO Y/O IMPLEMENTACION DE LOS DIFERENTES SISTEMAS DE GESTIÓN Y PLANES DE MEJORAMIENTO. 14.** Las demás que se deriven de la naturaleza del contrato y que garanticen su cabal y oportuna ejecución

Se expide la presente a solicitud de la interesada en Castilla La Nueva (Meta), a los siete (7) días del mes de febrero del año dos mil veinticinco (2025).

CRISTIAN CAMILO TORRES GARCIA
ASESOR JURÍDICO - CONTRATACIÓN

No. 25-02-07-025

Elaboró: Karol Tatiana Arciniegas Mendoza - Técnico Administrativo.
Revisó: Lysa Tatiana Ramírez Daza – Profesional Contratación.
Aprobó: Cristian Camilo Torres García – Asesor Jurídico.

EL ASESOR JURÍDICO DEL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E., ADSCRITO A LA SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA, EN EJERCICIO DE SUS FUNCIONES,

CERTIFICA:

Que, la señora **SILVIA CATHERINE QUEVEDO POVEDA,** quien se identifica C.C. No. 1.123.512.346 expedida en Castilla la Nueva, tuvo vínculo contractual con el HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E., tal como a continuación se relaciona:

No. DE CONTRATO:	**2025-275**
TIPO DE CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS
OBJETO:	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA PARA LA CONFORMACION Y OPERACIÓN DE LOS EQUIPOS BASICOS DE SALUD, EN LA IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD CONFORME A LOS LINEAMIENTOS EMITIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL
VALOR DEL CONTRATO:	DIEZ MILLONES CIENTO SETENTA MIL PESOS ($10,170,000) M/CTE
VALOR ADICION:	N/A
VALOR TOTAL:	DIEZ MILLONES CIENTO SETENTA MIL PESOS ($10,170,000) M/CTE
FECHA INICIO:	OCHO (08) DE SEPTIEMBRE DE 2025
TERMINO DE EJECUCION:	TRES (3) MESES Y VEINTITRES (23) DIAS
PRORROGA:	N/A
TERMINO FINAL:	TRES (3) MESES Y VEINTITRES (23) DIAS
FECHA DE TERMINACION:	TREINTA Y UNO (31) DE DICIEMBRE DE 2025
ESTADO ACTUAL:	TERMINADO
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS:	**1.** Realizar Caracterización socio-ambiental, individual y familiar en el microterritorio de las familias identificadas sin caracterizar en la primera fase. **2.** Informar en la comunidad las acciones que desarrollarán los equipos a través de medios y herramientas comunicativas. **3.** Identificar personas no afiliadas al sistema de salud y gestionar el trámite de afiliación y autorizaciones. **4.** Identificar las condiciones de salud de los miembros de la familia y los hogares, haciendo uso de los dispositivos médicos asignados. **5.** Inducir la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellos que ocasionen un alto impacto en salud pública. **6.** Canalizar a la oferta de servicios brindada por otros sectores en el territorio conforme a las prioridades y necesidades sociales de la salud identificadas. **7.** Realizar seguimiento al acceso efectivo a los servicios de salud y servicios brindados por los otros sectores. **8.** Digitalizar los instrumentos y herramientas que sean utilizados durante la implementación de APS que defina el Ministerio de Salud y

	Protección Social para tal fin o la IPS. **9.** Participar en la implementación y retroalimentación del Plan de Cuidado Primario según su competencia. **10.** Realizar la Identificación de procesos cuidadores y deteriorantes y de condiciones en salud. **11.** Brindar información y orientación en Salud a las familias. **12.** Convocar, implementar y realizar seguimiento a espacios de participación social y popular por cada una de las veredas- barrios y microterritorios abordados por el equipo. **13.** Brindar educación para la salud e información orientada a la promoción de la Salud en la ruta integral de Atención para promoción y mantenimiento de la salud según Res. 3280 de 2018, prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y adopción de prácticas de cuidado de sí mismo, de los demás y de su entorno. **14.** Brindar apoyo y gestionar la efectividad en la toma de muestras de laboratorio en aquellos casos que lo requieran. **15.** Brindar apoyo al Programa Ampliado de Inmunizaciones realizando acciones de promoción de la vacunación y garantizando el cumplimiento mensual de coberturas útiles en vacunación. **16.** Desarrollar acciones colectivas enfocadas en la reducción de los riesgos y situaciones identificados en los entornos hogar y comunitario, promoviendo la creación de entornos saludables. **17.** Realizar acciones de vigilancia comunitaria en salud pública. **18.** Entregar un informe mensual del cumplimiento de las obligaciones específicas del presente contrato, anexando soportes del cumplimiento del contrato. **19.** Hacer uso debido de los elementos entregados para la correcta implementación de la estrategia. **20.** Usar los elementos de protección personal. **21.** Participar activamente en las actividades institucionales que se programen. **22.** EL CONTRATISTA garantizará el desplazamiento para la prestación de sus servicios, para ello, pondrá a su disposición un vehículo tipo motocicleta, la cual deberá cumplir: **A.** Con las condiciones operativas y mecánicas necesarias del vehículo, manteniendo del vehículo en un mantenimiento preventivo y correctivo periódico. (Evidencia fotográfica de los mantenimientos). **B.** El vehículo debe cumplir con las normas de tránsito y transporte dispuesto por las autoridades. Deberá anexar al informe copia del SOAT, Tecno Mecánica, y licencia de conducción, y licencia de propiedad. **C.** Utilizar el mismo vehículo que relaciona en sus informes, para la prestación de sus servicios. PARÁGRAFO PRIMERO: EL CONTRATISTA deberá cumplir con todas las normas de tránsito y transporte para la prestación de sus servicios. PARÁGRAFO SEGUNDO: El CONTRATISTA, de ser el caso, transportará, en turno del servicio, ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE a personal del equipo en el vehículo, cuando la agenda de las partes sea a fin, de igual forma, velará porque esta cumpla las normas de tránsito como pasajera (casco, chaleco, etc.) **23.** El CONTRATISTA entiende que presta los servicios a una entidad pública que participa directamente en la garantía del derecho fundamental a la salud, de igual forma, entiende que el HOSPITAL busca la humanización del servicio para cumplir con

	objetivos de acreditación y mejora significativa del servicio, por lo que debe el CONTRATISTA poner a disposición del servicio, las actitudes correctas que permitan representar los valores de la entidad. El contratista pondrá en práctica los criterios positivos de actitud frente al paciente y su familia y, en el ambiente profesional en el lugar en donde presta sus servicios. Estos criterios serán evaluados por el SUPERVISOR. **24.** Las demás que se deriven de la naturaleza del contrato y que garanticen su cabal y oportuna ejecución
No. DE CONTRATO:	**2026-049**
TIPO DE CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS
OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA, CON RODAMIENTO, PARA REALIZAR ACTIVIDADES INTRAMURALES Y EXTRAMURALES EN EJECUCION DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI) DESARROLLADAS POR EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S. E
VALOR DEL CONTRATO:	CINCO MILLONES DE PESOS ($5,000,000) M/CTE
VALOR ADICION:	CINCO MILLONES DE PESOS ($5,000,000) M/CTE
VALOR TOTAL:	DIEZ MILLONES DE PESOS ($10,000,000) M/CTE
FECHA INICIO:	CINCO (05) DE ENERO DE 2026
TERMINO DE EJECUCION:	DOS (02) MESES
PRORROGA:	DOS (02) MESES
TERMINO FINAL:	CUATRO (4) MESES
FECHA DE TERMINACION:	CUATRO (04) DE MAYO DE 2026
ESTADO ACTUAL:	TERMINADO
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS:	El CONTRATISTA será responsable y se obliga a: **1**. Cumplir a cabalidad con las obligaciones contraídas en el contrato. **2**. Realizar actividades propias de una auxiliar de enfermería en concertación con la coordinadora del PIC, para cumplir las obligaciones del Plan de Intervenciones Colectivas (Procesos, Campañas, Jornadas, Estrategias, y Procedimientos Administrativos). **3.** Realizar visitas casa a casa para realizar verificación, canalización y brindar procesos educativos a población en general, padres de familia y cuidadores, relacionados con el programa ampliado de inmunización con relación al cumplimiento de coberturas de niños menores de 5 años y personas susceptibles de vacunación. **4**. Realizar visitas casa a casa para realizar verificación, canalización y brindar procesos educativos a madres gestantes para control prenatales. **5.** Fortalecer el sistema de información del PAI, realizando verificación del seguimiento a las cortes del recién nacido de años anteriores según lineamientos emitidos por el Nivel Nacional del programa ampliado de inmunizaciones. **6**. Apoyar a EL HOSPITAL en el transporte y disposición de los biológicos suministrados por la red de frio departamental a la municipal. **7**. Apoyo a las jornadas de salud direccionadas por el Ministerios de la Protección Social. **8**. Apoyar encuentros formativos para la promoción de la salud y prevención de las enfermedades inmunoprevenibles y prevalentes de la infancia, dirigido a la comunidad del área urbana y centros poblados del Municipio de Castilla La Nueva. **9**. Apoyo una estrategia de

	Educación y Comunicación con la metodología COMBI orientada en las acciones de sensibilización y capacitación dirigida a la identificación de signos y síntomas para TB y LEPRA, canalización hacia los servicios de salud, dirigido a la comunidad del área urbana y centros poblados del Municipio de Castilla la Nueva. **10**. Apoyar las diferentes actividades contempladas en el Desarrollo del Plan de Intervenciones Colectivas. **11**. EL CONTRATISTA garantizará el desplazamiento para la prestación de sus servicios, para ello, utilizará los vehículos autorizados para transportarse como pasajera. **PARÁGRAFO PRIMERO:** EL CONTRATISTA deberá cumplir con todas las normas de tránsito y transporte para la prestación de sus servicios. **12.** El CONTRATISTA presentará informes de las actividades desarrolladas en ejecución del presente CONTRATO, realizando dicho informe con detenimiento, consignando información verídica de la ejecución del período contractual a informar, y con anexo fotográfico. **13. CUMPLIR LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS PARA EL DISEÑO Y/O IMPLEMENTACION DE LOS DIFERENTES SISTEMAS DE GESTIÓN Y PLANES DE MEJORAMIENTO. 14. Dar estricto cumplimiento al sostenimiento de las buenas relaciones interpersonales entre contratistas, entre contratistas y personal de planta, y entre contratistas y usuarios, so pena que las reiteradas faltas (tres) constatadas por El Hospital como consecuencia de una queja verbal o escrita en su contra, facultan a la Entidad para dar por terminado unilateralmente el presente contrato. 15.** El CONTRATISTA entiende que presta los servicios a una entidad pública que participa directamente en la garantía del derecho fundamental a la salud, de igual forma, entiende que el HOSPITAL busca la humanización del servicio para cumplir con objetivos de acreditación y mejora significativa del servicio, por lo que debe el CONTRATISTA poner a disposición del servicio, las actitudes correctas que permitan representar los valores de la entidad. El contratista pondrá en práctica los criterios positivos de actitud frente al paciente y su familia y, en el ambiente profesional en el lugar en donde presta sus servicios. Estos criterios serán evaluados por el SUPERVISOR. **16.** Las demás que se deriven de la naturaleza del contrato y que garanticen su cabal y oportuna ejecución.

Se expide la presente solicitud del interesado en Castilla La Nueva (Meta), a los ocho (08) días del mes de mayo del año dos mil veintiséis (2026).

CRISTIAN CAMILO TORRES GARCIA
ASESOR JURÍDICO – CONTRATACIÓN

Elaboró: Anggie Daniela Rojas Quintin – Técnico Administrativo.
Revisó: Cristian Camilo Torres García – Asesor Jurídico.
Aprobó: Cristian Camilo Torres García – Asesor Jurídico.

GCCT

No. 26-05-08-085

Cruz Roja Colombiana
Seccional Meta

NIT/ 892.099.160-2

CRC-CONS-0118 -2024

Villavicencio, Octubre 31 de 2024

La Directora Ejecutiva de la Cruz Roja Colombiana Seccional Meta

HACE CONSTAR:

Que la Señora **SILVIA CATHERINE QUEVEDO POVEDA,** identificada con Cédula de Ciudadanía 1.123.512.346 de Castilla la Nueva (Meta), laboró en esta Institución así:

CLASE DE CONTRATO	CARGO QUE DESEMPEÑA	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
Por Obra o Labor	AUXILIAR EN ENFERMERIA	10-Sep-2022	15-Oct-2024

La presente se expide a solicitud de la interesada, con destino a la **HOJA DE VIDA.**

XIOMARA ROBAYO SUAREZ

Hecando a Derecho

Para los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente Hoja de Vida, son veraces (C.S.T. Art. 62 Núm. 1) Régimen Laboral Colombiano.

OPLA S.A.S.

OPERADORA DE PALMA DE LA ALTILLANURA S.A.S.

NIT 901.438.616-6

EL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN HUMANA

CERTIFICA QUE:

El señor ***QUEVEDO POVEDA SILVIA CATHERINE,*** *identificado con cédula de ciudadanía No. 1123512346 expedida en CASTILLA LA NUEVA, laboro con nosotros desde el 26 de abril del 2021 al 06 de mayo del 2022 ocupando el cargo de* ***Auxiliar de enfermeria y SST,*** *bajo la modalidad de contrato a término indefinido.*

Se expide en Puerto Gaitán (meta) el dia, 6 de mayo del 2022 a solicitud del interesado.

Luis Guillermo Uribe
Asistente Gestión Humana
Asisgestionhumanaplanta@sansebastiano.co

Escaneado con CamScanner

Para los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente Hoja de Vida, son veraces (C.S.T. Art. 62 Núm. 1) Régimen Laboral Colombiano.

QALYS	FORMATO DE CORRESPONDENCIA INTERNA		Código: ES-GC-FR-13
	Fecha de Aprobación: 05 de enero de 2017	Versión: 01	Página: 1 de 1

GTH-CL-010-2022

QALYS ASESORES Y CONSULTORES S.A.S.
NIT 900.435.177-0

CERTIFICA QUE:

La señora **SILVIA CATHERINE QUEVEDO POVEDA** identificada con cédula de ciudadanía **No. 1.123.512.346** de Castilla la Nueva, laboró en la empresa de acuerdo a las siguientes condiciones:

- **Cargo:** Analista Asistencial
- **Tiempo laborado:** Desde el día 18 de julio de 2018 hasta el día 31 de marzo de 2021.
- **Tipo de Contratación:** Contrato a Término Fijo.
- **Salario:** $1.200.000 (Un Millón Doscientos Mil Pesos M/Cte.)

Se expide a solicitud del interesado a los treinta y un (31) días del mes de marzo del año 2022; estos datos son verificables a los siguientes números de teléfono (038) 6822908 celular 3134930550 o al correo electrónico gestionhumanasalud@gmail.com

Cordialmente,

SOLIME ANDREA FANDIÑO GUERRERO
Representante Legal
C.C. 1.030.654.833 de Bogotá

Powered by CamScanner

Teramed S.A.S
NIT.900.641.654-1

TERAMED S.A.S. IPS
900641654-4

CERTIFICA QUE

La señora **SILVIA CATHERINE QUEVEDO POVEDA** , identificada con C.C. No. 1.123.512.346 de Castilla la nueva (Meta), presto sus servicios por contrato OPS como **AUXILIAR DE ENFERMERIA DOMICILIARIA** realizando turnos.

Se expide la presente a solicitud del interesado en Villavicencio a los Dieciseis (16) días del mes de Julio del 2018.

Atentamente,

Teramed S.A.S
Nit.: 900.641.654-1

SANDRA PATRICIA LINARES MARROQUIN
GERENTE

TERAMED SAS IPS DE ATENCION DOMICILIARIA
DIRECCION: Calle 33 A No. 34-29 BARZAL VILLAVICENCIO META
TELEFONO: 323 2054422 - 6849993

Para los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente Hoja de Vida, son veraces (C.S.T. Art. 62 Núm. 1) Régimen Laboral Colombiano.

IPS CLÍNICA
PRO SEGUIR
NIT 900.095.253-9 S.A.S

CERTIFICACIÓN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

La **I.P.S CLINICA PROSEGUIR S.A.S**, identificada con NIT. 900.095.253-9, en calidad de Institución Prestadora de Servicios de Salud, debidamente habilitada para prestar servicios médicos de atención integral domiciliarios.

C E R T I F I C A:

Que **SILVIA CATHERINE QUEVEDO POVEDA** identificada con Cédula de Ciudadanía Nº **1.123.512.346**, quien prestó sus servicios con **La I.P.S CLÍNICA PROSEGUIR S.A.S**, identificada con NIT. 900.095.253-9, mediante un contrato por prestación de servicios como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** desde el día 26 de Diciembre de hasta el 28 de Febrero de 2018.

La presente se expide a solicitud del interesado(a), sin que esta implique reconocimiento alguno de vínculo laboral distinto al de prestación de servicios como profesional independiente.

Para Constancia, se firma en **Villavicencio Meta**, a los 29 de Julio de 2019.

JENNIFER ANDREA CANCHILA
Directora Administrativa

Powered by CamScanner

Villavicencio, 10 de Octubre del 2017

LA COORDINADORA DE TALENTO HUMANO

DE MULTISALUD LTDA
NIT. 830.511.298-1

CERTIFICA QUE:

La señora **SILVIA CATHERINE QUEVEDO POVEDA** identificado con la Cedula de Ciudadanía N. 1.123.512.346 de Castilla la Nueva, labora en esta empresa como Auxiliar de Enfermería, desde el 24 de Julio de 2017, vinculada mediante contrato a término fijo, realizando las siguientes funciones:

Toma de muestras
Facturación en el sistema Prosoft
Agendamiento de consulta externa, odontología y promoción y prevención

La presente certificación se expide a solicitud del interesado.

SANDRA PATRICIA CALDERON MORA
Coordinadora Talento Humano
Multisalud Ltda

Powered by CamScanner

HOSPITAL DE Castilla La Nueva E.S.E.
900.004.059-7

LA SUSCRITA GERENTE DEL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA "ESE

CERTIFICA:

Que la Señora **SILVIA CATHERINE QUEVEDO POVEDA**, identificada con cedula de ciudadanía No. 1.123.512.346 de Castilla la Nueva- Meta, se encuentra vinculada laboralmente a esta institución mediante la modalidad de contrato por prestación de servicios cuyo objeto es **PRESTACIÓN DE SERVICIOS ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE.** Durante el periodo comprendido desde el once (11) de Noviembre del año dos mil dieciséis (2016) hasta la fecha con un valor mensual de **UN MILLON QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE ($1.500.000,oo)**

Se expide la presente a solicitud del interesado a los trece (13) días del mes de Diciembre del año dos mil dieciséis (2016).

ROSA MARIA JIMENEZ BAQUERO
Gerente

Una institución saludable, amigable y sostenible!

Carrera 8 No. 15 via a Castilla
Castilla La Nueva - Meta
Teléfono 875 [illegible] - 875 [illegible]
E-mail: [illegible]
www.hospitaldecastillalanueva.gov.co

Powered by CamScanner

SALUD XPRESS S.A.S
NIT. 900.559.141-1
RÉGIMEN COMUN

Servicio de Ambulancias *
Transporte de Personal *
Alquiler de Vehículos *

EL GERENTE

CERTIFICA QUE:

La señora **SILVIA CATHERINE QUEVEDO POVEDA,** identificado con cedula de ciudadanía No. 1.123.512.346 de Castilla la Nueva (Meta), laboró en nuestra empresa como como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** desde el 22 de Abril de 2015 hasta el 03 de Noviembre con un salario básico de **UN MILLON SETECIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS NOVENTA PESOS M/CTE ($1.764.690),** con contrato de obra o labor.

La presente se expide a solicitud del interesado a los 15 días del mes de Diciembre de 2015.

Atentamente,

EIDY KATERINE MENDEZ ROZO
GERENTE

Calle 13 No. 22-78 Barrio San Jose - Acacias - Meta
Tel. 658 6089 Cel: 320 236 83 78 E-mail: saludxpress@gmail.com

Para los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente Hoja de Vida, son veraces (C.S.T. Art. 62 Núm. 1) Régimen Laboral Colombiano.

MULTIDELTA S.A.S.
NIT 900536920 - 2

EL SUSCRITO GERENTE DE ESTA EMPRESA

CERTIFICA QUE:

De acuerdo a la obligación ART 57 ordinal 7 del código sustantivo de trabajo.

Que el señor **SILVIA CATHERINE QUEVEDO POVEDA.** Identificado con cedula de ciudadanía **N°1.123.512.346 .DE CASTILLA LA NUEVA**, laboro en esta empresa bajo la modalidad de contrato a **OBRA LABOR TERMINADA** desde 6 de enero del 2014, hasta el 10 de julio de 2014. Desempeñando el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN AMBULANCIA TIPO TAP (Transporte Asistencial Básico)** Devengando un salario básico mensual de $1.391.310 pesos.

Se expide a solicitud del interesado a los 8 días del mes de agosto del 2014

Atentamente.

JUAN DAVID GUEVARA CARMONA
REPRESENTANTE LEGAL

Manzana A Ca a No. 8 Urb nización El Progreso
6751361 - 310 281 8774
Castill: La Nueva - Meta

www.multidelta.com
jguevara@multidelta.com

Powered by CamScanner

NIT.822004163-2

El suscrito RAFAEL EDUARDO COMAS MEJIA, representante legal de la COORPORACION FUERZA OXIGENO

CERTIFICA QUE:

La señora, **SILVIA CATHERINE QUEVEDO POVEDA** identificada con cedula de ciudadanía No. **1.123.512.346** de Castilla la nueva -Meta, labora para la **COORPORACION FUERZA OXIGENO**, del a ocupando el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA** , con una asignación salarial de Un millón doscientos cincuenta mil pesos m/cte. (1.250.000).el contrato de trabajo fue a término definido entre el veintiocho (28) de Enero del 2014 al treinta (30) de mayo 2014.

Se expide a solicitud de la interesada a los tres (3) días del mes de junio del año 2014.

CORPORACION FUERZA OXIGENO
Nit. 822 004 163-2

RAFAEL EDUARDO COMAS MEJIA
Director Ejecutivo
R.L. Corporación Fuerza Oxigeno

Cra 32 No 40 – 09 Piso 3
Villavicencio – Meta
Tel: 310 240 83 02

Powered by CamScanner

CORPORACIÓN FUERZA OXIGENO
NIT. 822004163-2

EL SUSCRITO DIRECTOR EJECUTIVO DE FOXI

CERTIFICA QUE:

La señora **SILVIA CATHERINE QUEVEDO POVEDA,** identificada con cedula de ciudadanía No **1.123.512.346** de Castilla La Nueva, laboro para la **COORPORACION FUERZA OXIGENO**, ocupando el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, con una asignación salarial de un millón doscientos mil pesos m/cte (1.200.000).El contrato fue a término definido entre el primero (01) de Junio del 2013 al treinta y uno (31) de Diciembre del 2013.

Se expide a solicitud de la interesada a los diecisiete (17) de Diciembre del año 2013.

RAFAEL EDUARDO COMAS MEJIA
DIRECTOR EJECUTIVO CORPORACIÓN FUERZA OXIGENO

Cra 32 No 40 -09 piso 3
Villavicencio – Meta
Tel: 321 216 4950

Powered by CamScanner

CORPORACIÓN • FUERZA • OXIGENO
NIT. 822004163-2

EL SUSCRITO DIRECTOR EJECUTIVO DE FOXI

CERTIFICA QUE:

La señora **SILVIA CATHERINE QUEVEDO POVEDA**, identificada con cedula de ciudadanía No **1.123.512.346** de Castilla la Nueva, laboro para la **CORPORACION FUERZA OXIGENO**, ocupando el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, con una asignación salarial de un millón de pesos m/cte ($ 1.000.000).El contrato de trabajo fue a término definido entre el once (11) de Septiembre del 2012 al veinte (20) de Diciembre del 2012.

Se expide a solicitud de la interesada a los vestidos (22) días del mes de Diciembre del año 2012.

RAFAEL EDUARDO COMAS MEJIA
DIRECTOR EJECUTIVO CORPORACIÓN FUERZA OXIGENO

Cra 32 No 40 -09 piso 3
Villavicencio – Meta
Tel: 321 216 4950

Powered by CamScanner



Institución Educativa Para el Trabajo Y Desarrollo Humano
Resolución No. 1500-67.10/2651 del 28/Nov de 2022
SECRETARIA DE EDUCACION MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO

INSTITUTO SUPERIOR DEL LLANO

Certifica que

SILVIA CATHERINE QUEVEDO POVEDA
Identificado con Cédula de Ciudadanía 1.123.512.346 de CASTILLA LA NUEVA

Realizo el curso de :

PRIMEROS AUXILIOS

Dictado el 09/11/2024 con una intensidad horaria de 40 Horas
En constancia se refrenda con sello y firma

VICTOR MANUEL ROJAS PACHECO
INSTRUCTOR

COD.CERTIFICADO 52051

Manzana M # 1-16 Valles de Aragón
institutosuperiordelllano.com - tplcristobal@gmail.com



Institución Educativa Para el Trabajo Y Desarrollo Humano
Resolución No. 1500-67.10/2651 del 28/Nov de 2022
SECRETARIA DE EDUCACION MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO

INSTITUTO SUPERIOR DEL LLANO

Certifica que

SILVIA CATHERINE QUEVEDO POVEDA
Identificado con Cédula de Ciudadanía 1.123.512.346 de CASTILLA LA NUEVA

Realizo el curso de :

HUMANIZACIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Dictado el 17/11/2024 con una intensidad horaria de 40 Horas
En constancia se refrenda con sello y firma

VICTOR MANUEL ROJAS PACHECO
INSTRUCTOR

COD.CERTIFICADO 52050

Manzana M # 1-16 Valles de Aragón
institutosuperiordelllano.com - tplcristobal@gmail.com

Para los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente Hoja de Vida, son veraces (C.S.T. Art. 62 Núm. 1) Régimen Laboral Colombiano.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento del Decreto 1072 de 2015
otorga
Certificado de Competencia Laboral a

SILVIA CATHERINE QUEVEDO POVEDA

Con CEDULA DE CIUDADANÍA No. 1123512346

Quien demostró su Competencia Laboral en la
Norma

Orientar personas según características poblacionales y normativa de salud - NIVEL INTERMEDIO

Código: 230161266 - Versión: 2

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en VILLAVICENCIO. A los veintiseis (26) dias del mes de Junio de dos mil veintiseis (2026)

Firmado Digitalmente por

2797222 - 26/06/2026
No Y FECHA REGISTRO

GENY ASTRID LEON CURREA
Subdirectora (E) CENTRO DE INDUSTRIA Y SERVICIOS DEL META
REGIONAL META

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 955200230101266262000123512346C.

Institución Educativa Para el Trabajo Y Desarrollo Humano
Resolución No. 1500-67.10/2651 del 28/Nov de 2022
SECRETARIA DE EDUCACION MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO

INSTITUTO SUPERIOR DEL LLANO

Certifica que

SILVIA CATHERINE QUEVEDO POVEDA

Identificado con Cédula de Ciudadanía 1.123.512.346 de CASTILLA LA NUEVA

Realizo el curso de :

SOPORTE VITAL BASICO BLS

Dictado el 22/06/2026 con una intensidad horaria de 40 Horas

En constancia se refrenda con sello y firma

VICTOR MANUEL ROJAS PACHECO
INSTRUCTOR

COD.CERTIFICADO 87968

ManzanaM#1-16 ValledesAragón
institutosuperiordelllano.com - tplcristobal@gmail.com

Limpiar

Tipo Identificacion	Nro. Identificacion	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificacion	Detalles
CC	1123512846	SILVIA	CATHERINE	QUEVEDO	POVEDA	Vigente	Ver

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	NO DISPONIBLE-3184	2012-08-01	13660	GOBERNACION DEL META
AUX	Local	Auxiliar en enfermeria	2012-08-01	13660	GOBERNACION DEL META



Institución Educativa Para el Trabajo Y Desarrollo Humano
Resolución No. 1500-67.10/2651 del 28/Nov de 2022
SECRETARIA DE EDUCACION MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO

INSTITUTO SUPERIOR DEL LLANO

Certifica que

SILVIA CATHERINE QUEVEDO POVEDA

Identificado con Cédula de Ciudadanía 1.123.512.346 de CASTILLA LA NUEVA

Realizo el curso de :

ATENCIÓN A VICTIMAS CON ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS

Dictado el 14/11/2024 con una intensidad horaria de 40 Horas

En constancia se refrenda con sello y firma

VICTOR MANUEL ROJAS PACHECO
INSTRUCTOR

COD.CERTIFICADO 52043

Manzana M # 1-16 Valles de Aragón
institutosuperiordelllano.com - tplcristobal@gmail.com

MinEducación



Institución Educativa Para el Trabajo Y Desarrollo Humano
Resolución No. 1500-67.10/2651 del 28/Nov de 2022
SECRETARIA DE EDUCACIÓN MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO

INSTITUTO SUPERIOR DEL LLANO

Certifica que

SILVIA CATHERINE QUEVEDO POVEDA

Identificado con Cédula de Ciudadanía 1.123.512.346 de CASTILLA LA NUEVA

Realizo el curso de :

ATENCION A VICTIMAS DE CONFLICTO ARMADO (PAPSIVI)

Dictado el 12/11/2024 con una intensidad horaria de 60 Horas

En constancia se refrenda con sello y firma

VICTOR MANUEL ROJAS PACHECO
INSTRUCTOR

COD.CERTIFICADO 52042

Manzana M # 1-16 Valles de Aragón
institutosuperiordelllano.com - tplcristobal@gmail.com

MinEducación

Para los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente Hoja de Vida, son veraces (C.S.T. Art. 62 Núm. 1) Régimen Laboral Colombiano.



Institución Educativa Para el Trabajo Y Desarrollo Humano
Resolución No. 1500-67.10/2651 del 28/Nov de 2022
SECRETARIA DE EDUCACION MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO

INSTITUTO SUPERIOR DEL LLANO

Certifica que

SILVIA CATHERINE QUEVEDO POVEDA

Identificado con Cédula de Ciudadanía 1.123.512.346 de CASTILLA LA NUEVA

Realizo el curso de :

ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Dictado el 09/11/2024 con una intensidad horaria de 40 Horas

En constancia se refrenda con sello y firma

VICTOR MANUEL ROJAS PACHECO
INSTRUCTOR

COD.CERTIFICADO 52041

Manzana M # 1-16 Valles de Aragón
institutosuperiordelllano.com - tpicristobal@gmail.com

MinEducación



Institución Educativa Para el Trabajo Y Desarrollo Humano
Resolución No. 1500-67.10/2651 del 28/Nov de 2022
SECRETARIA DE EDUCACION MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO

INSTITUTO SUPERIOR DEL LLANO

Certifica que

SILVIA CATHERINE QUEVEDO POVEDA

Identificado con Cédula de Ciudadanía 1.123.512.346 de CASTILLA LA NUEVA

Realizo el curso de :

GESTIÓN DEL DUELO

Dictado el 07/11/2024 con una intensidad horaria de 40 Horas

En constancia se refrenda con sello y firma

VICTOR MANUEL ROJAS PACHECO
INSTRUCTOR

COD.CERTIFICADO 52049

Manzana M # 1-16 Valles de Aragón
institutosuperiordelllano.com - tpicristobal@gmail.com

MinEducación

Para los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente Hoja de Vida, son veraces (C.S.T. Art. 62 Núm. 1) Régimen Laboral Colombiano.

Institución Educativa Para el Trabajo Y Desarrollo Humano
Resolución No. 1500-67.10/2651 del 28/Nov de 2022
SECRETARIA DE EDUCACION MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO

INSTITUTO SUPERIOR DEL LLANO

Certifica que

SILVIA CATHERINE QUEVEDO POVEDA

Identificado con Cédula de Ciudadania 1.123.512.346 de CASTILLA LA NUEVA

Realizo el curso de :

AIEPI CLINICO

Dictado el 22/04/2026 con una intensidad horaria de 40 Horas

En constancia se refrenda con sello y firma

VICTOR MANUEL ROJAS PACHECO
INSTRUCTOR

COD.CERTIFICADO 87762

Manzana M # 1-16 Valles de Aragón
institutosuperiordelllano.com - tplcristobal@gmail.com

MinEducación

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud certifica que:

SILVIA CATHERINE QUEVEDO POVEDA

ha completado satisfactoriamente el Curso virtual sobre

Medición automática precisa de la presión arterial

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública
Horas: 1 - Porcentaje de aprobación: 94,74 %
19 de agosto de 2026
Este certificado es válido hasta por 6 meses después de su emisión

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA
RESOLVE TO SAVE LIVES
HEARTS
Hypertension Canada

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=674e2f5a-fb8c-4fbc-a8d1-0a22ac1f003b



Institución Educativa Para el Trabajo Y Desarrollo Humano
Resolución No. 1500-67.10/2651 del 28/Nov de 2022
SECRETARIA DE EDUCACION MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO

INSTITUTO SUPERIOR DEL LLANO

Certifica que

SILVIA CATHERINE QUEVEDO POVEDA
Identificado con Cédula de Ciudadanía 1.123.512.346 de CASTILLA LA NUEVA

Realizo el curso de :

AIEPI COMUNITARIO

Dictado el 12/11/2024 con una intensidad horaria de 60 Horas
En constancia se refrenda con sello y firma

VICTOR MANUEL ROJAS PACHECO
INSTRUCTOR

COD.CERTIFICADO 52052
Manzana M # 1-16 Valles de Aragón
institutosuperiordelllano.com - tpicristobal@gmail.com

MinEducación



Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Silvia Catherine Quevedo poveda

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: 75,00 %
16 de febrero de 2025

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

OPS CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PUBLICA

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=67b2498f-266c-4ffa-8e80-5b15ac1f0c77

Para los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente Hoja de Vida, son veraces (C.S.T. Art. 62 Núm. 1) Régimen Laboral Colombiano.

Libertad y orden
RÉPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento del Decreto 1072 de 2015
otorga
Certificado de Competencia Laboral a

SILVIA CATHERINE QUEVEDO POVEDA

Con CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 1123512346

Quien demostró su Competencia Laboral en la
Norma

Administrar inmunobiológicos según delegación y normativa de salud - NIVEL INTERMEDIO

Código: 230101257 - Versión: 2

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en VILLAVICENCIO. A los catorce (14) días del mes de Abril de dos mil veinticinco (2025)

Firmado Digitalmente por

2324780 - 14/04/2025
No Y FECHA REGISTRO

GENY ASTRID LEON CURREA
Subdirectora (E) CENTRO DE INDUSTRIA Y SERVICIOS DEL META
REGIONAL META

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 953200230101257252CC1123512346C.



Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Silvia Catherine Quevedo poveda

ha participado y aprobado el

Curso Virtual: Conceptos básicos en inmunización para trabajadores de salud

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 7 - Porcentaje de aprobación: 97,78 %

10 de diciembre de 2024

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

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=67588d7e-50f8-4d38-a96e-0ccbac1f501b



Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Silvia Catherine Quevedo poveda

ha participado y aprobado el

Curso virtual para gerentes del Programa Ampliado de Inmunización - Gerencia del PAI

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 7 - Porcentaje de aprobación: 86,67 %

14 de noviembre de 2024

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

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=67366054-ec0f-403a-a4f2-c8bcac1f937c

Para los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente Hoja de Vida, son veraces (C.S.T. Art. 62 Núm. 1) Régimen Laboral Colombiano.



Institución Educativa Para el Trabajo Y Desarrollo Humano
Resolución No. 1500-67.10/2651 del 28/Nov de 2022
SECRETARIA DE EDUCACION MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO

INSTITUTO SUPERIOR DEL LLANO

Certifica que

SILVIA CATHERINE QUEVEDO POVEDA

Identificado con Cédula de Ciudadanía 1.123.512.346 de CASTILLA LA NUEVA

Realizo el curso de :

TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO

Dictado el 07/11/2024 con una intensidad horaria de 40 Horas

En constancia se refrenda con sello y firma

VICTOR MANUEL ROJAS PACHECO
INSTRUCTOR

COD.CERTIFICADO 52040

Manzana M # 1-16 Valles de Aragón
institutosuperiordelllano.com - tplcristobal@gmail.com

MinEducación



Institución Educativa Para el Trabajo Y Desarrollo Humano
Resolución No. 1500-67.10/2651 del 28/Nov de 2022
SECRETARIA DE EDUCACION MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO

INSTITUTO SUPERIOR DEL LLANO

Certifica que

SILVIA CATHERINE QUEVEDO POVEDA

Identificado con Cédula de Ciudadanía 1.123.512.346 de CASTILLA LA NUEVA

Realizo el curso de :

ATENCION AL USUARIO

Dictado el 05/11/2024 con una intensidad horaria de 40 Horas

En constancia se refrenda con sello y firma

VICTOR MANUEL ROJAS PACHECO
INSTRUCTOR

COD.CERTIFICADO 52039

Manzana M # 1-16 Valles de Aragón
institutosuperiordelllano.com - tplcristobal@gmail.com

MinEducación

Para los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente Hoja de Vida, son veraces (C.S.T. Art. 62 Núm. 1) Régimen Laboral Colombiano.

CONSTANCIA DE IDONEIDAD PARA TALENTO HUMANO EN SALUD

EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E.,

CONSIDERANDO:

Que, el Decreto 1082 de 2015 reglamentario del Estatuto General de Contratación de la Administración Pública, en su artículo 2.2.1.2.1.4.9, faculta contratar con una sola oferta bajo la modalidad de **CONTRATACIÓN DIRECTA**. En este mismo sentido, el Estatuto Interno de Contratación de la entidad, en sus artículos 18 y 19 señala las razones para contratar mínimo con una sola propuesta.

Que, las normas citadas con anterioridad, exhortan a la entidad para verificar **LA IDONEIDAD Y LA EXPERIENCIA REQUERIDA Y RELACIONADA**, acorde con los requisitos exigidos en el Estudio Previo, el perfil profesional y la función a desarrollar en el área de ocupación.

HACE CONSTAR:

Que, revisada la **HOJA DE VIDA** dada por Silva Catherine Acevedo Poveda, con CC No. 1123512 345 de castilla la nueva se acredita la idoneidad y la experiencia requerida y relacionada, según el Estudio Previo, el perfil profesional y la función a desarrollar en el área de ocupación, para poder cumplir con el proceso No 2026-333

Verificado por:

YULY VIVIANA MORA GARCIA
Técnico Administrativo del SG-SST
Verificó Sistema de Seguridad Social y Ocupacional

Carolina Camargo
Jefe Enfermeria
Reg. No 50-14580
Universidad de los Llanos

DEISSY CAROLINA CAMARGO VEGA
Profesional de Planeación, Calidad y Desarrollo
Verificó Idoneidad por Perfil Área Asistencial

KAROL MILENA GIRALDO PEÑA
Profesional – Talento Humano Subg. A.F.
Verificó Idoneidad por Perfil Profesional SIGEP II

Camila Hdez.
CAMILA HERNANDEZ RUIZ
Profesional Contratación
Contratista