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
CALDERON	LEZCANO	VALENTINA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1020493610	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 18 MES 07 AÑO 1999

PAÍS COLOMBIA

DEPTO ANTIOQUIA

MUNICIPIO BELLO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 1C 10 36 casa 51

PAÍS COLOMBIA DEPTO CASANARE

MUNICIPIO TAURAMENA

TELÉFONO 3108063679 EMAIL vacalez@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	09	AÑO	2017
										X				

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	9	X		PSICOLOGIA	07	2024	287361

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
Politecnico de las Americas	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	120	X		DIPLOMADO EN PSICOLOGIA INFANTIL	11	2020
OPS- CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PUBLICA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	1	X		PRECAUCIÓN BÁSICAS: HIGIENE DE MANOS COVID-19	07	2022
OPS-CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PUBLICA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	1	X		COMO PONERSE Y QUITARSE EL EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) COVID-19	07	2022
COMFENALCO ANTIOQUIA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	8	X		ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	07	2022
COMFENALCO ANTIOQUIA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	10	X		BIOSEGURIDAD	07	2022
POLITÉCNICO SUPERIOR DE COLOMBIA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	120	X		DIPLOMADO EN FUNDAMENTOS DE ADMINITRACIÓN PUEBLICA	02	2024
UNIVERSIDAD DE PALERMO	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	120	X		PSICOLOGIA DEL APRENDIZAJE	04	2024
IMAVSS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	159	X		PROMOCIÓN Y PRESENCIAN EN SALUD	09	2026
IMAVSS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	45	X		PRIMEROS AUXILIOS PSICY	09	2026

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
INGLÉS	X				X			X	

5 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3146467642	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	28	*Mes*	02	*Año* 2025	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1069/2009 PSICOLOGA	*DEPENDENCIA* APS					*DIRECCIÓN* CALLE 9 11 74						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3107663391	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	20	*Mes*	08	*Año* 2025	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2026	
CARGO O CONTRATO ACTUAL PSIOLOGA	*DEPENDENCIA* ESE HOSPITAL LOCAL TAURAMENA					*DIRECCIÓN* CARRERA 15 8 63						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 312547095	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	18	*Mes*	10	*Año* 2024	*Día*	13	*Mes*	12	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1069/2009 PSICOLOGA	*DEPENDENCIA* APS					*DIRECCIÓN* CARRERA 15N 8 63						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD OH AVILA PROYECTOS SAS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3002159532	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	02	*Año* 2023	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1069/2009 PSICOLOGA	*DEPENDENCIA* "TALENTO HUMANO"					*DIRECCIÓN* CALLE 38B SUR 26 2 PISO 1603						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CORPORACION UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS - UNIMINUTO			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* BELLO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3174416834	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	08	*Año* 2022	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 157 PSICOLOGA CLINICA	*DEPENDENCIA* PSICOTERAPEUTA					*DIRECCIÓN* CALLE 45 22D 25 LA GABRIELA						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3144420317	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	06	*Año* 2022	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 8120 PSICOLOGA	*DEPENDENCIA* ACCION SOCIAL MUNICIPAL					*DIRECCIÓN* CALLE 5 14 34						

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	2	2
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	9
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

8 **FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO __ 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 Tauramena, 30 Sep 2026

Valentina Alderón J.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 **OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS**

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

30 - SEP - 2026

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

sigepII FUNCIÓN PÚBLICA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, VALENTINA CALDERON LEZCANO

IDENTIFICADO CON: C.C X C.E. T.I. N° 1,020,493,610 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	COLOMBIA	Departamento	CASANARE	Municipio	TAURAMENA
Dirección	Cl 1 c 10a - 36			Teléfonos	3142457794

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESION** **PARA RETIRARME** **PARA ACTUALIZACION** **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** ,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	39,330,344
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	47,105,000
TOTAL	$ 86,435,344

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCOLOMBIA	C.A	80267832670	PUERTO LOPEZ	$ 5,642,674

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
Moto	Placa UOC -71F modelo 2021	$ 13,000,000
Moto	Placa LQJ -38F modelo 2021	$ 5,000,000
Inventario	C l 2 10 42	$ 149,892,000

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. C.E. T.I.	N°

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Valentina Calderón L
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Tauramena 30 Sep 2026
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

DECLARACION JURAMENTADA INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

De acuerdo con lo establecido en el artículo 11 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011) y en el artículo 40 de la Ley 734 de 2002, declaro tener conocimiento de las situaciones que pueden constituir un conflicto de intereses, así como la importancia de identificarlos y declararlos preventivamente en cumplimiento de la política de integridad pública (Decreto 1499 de 2017).

Yo, Valentina Calderón Lezcano, identificado (a) con la cedula de ciudadanía No. 1020493610 de Bello Ant, manifiesto bajo la gravedad del juramento, de conformidad con los decretos 1557 y 2282 de 1989 y el artículo 299 del C.P.C., lo siguiente:

PRIMERO: Bajo gravedad de juramento declaro que no me encuentro incurso dentro de las causales de inhabilidad e incompatibilidad legal establecidas en la Constitución Nacional, ni el artículo 8 de la ley 80 de 1993 y normas concordantes y que, tampoco, me hallo en ninguno de los eventos de prohibición especial para contratar con el Estado; en especial, que no aparezco reportado en el boletín de Responsables Fiscales vigentes, expedido por la Contraloría General de la República, de acuerdo con lo previsto en el artículo 60 de la Ley 610 de 2000, en concordancia con el numeral 4 del artículo 38 de la Ley 734 de 2002, ni en los boletines de deudores morosos de las Entidades Estatales, según lo dispuesto en el parágrafo 3 de la Ley 716 de 2001.

SEGUNDO: Igualmente, declaro, bajo la gravedad de juramento, que NO TENGO PROCESOS ALIMENTARIOS PENDIENTES EN CONTRA, ante la jurisdicción civil, ni penal y que cumpliré con mis obligaciones de familia.

Lo anterior está sujeto a veracidad probatoria.

Se firma la presente a los 30 días del mes de Sep del año 2026

Valentina Calderón

Nombre: Valentina Calderón Lezcano
C.C. No. 1020493610

DECLARACIÓN DE CONFLICTO O NO CONFLICTO DE INTERESES

Yo, Valentina Calderón Lozano identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 1020413610 de Bello Ant, manifiesto conocer las implicaciones legales de incurrir en alguna de las causales de conflicto de interés, inhabilidad o incompatibilidad y me comprometo a informar cualquier conflicto que a nivel personal llegue a comprometer la estabilidad económica, moral y particular a esta entidad.

Tipo de vinculación:

Empleado público de libre nombramiento y remoción	
Empleado público de carrera administrativa	
Empleado público con nombramiento provisional	
Empleado público con nombramiento temporal	
Empleado público de periodo	
Contratista de prestación de servicios	X

Declaro a la firma de este documento que:

Sí:_____ No:__X__ me encuentro en una situación de conflicto de intereses real.

Si su respuesta fue "sí", proceda a llenar la causal de conflicto de intereses:

La causal de conflicto consiste en:

_____
_____
_____
_____

Por lo anterior, solicito se estudie y comunique la decisión que se tome.

Si su respuesta fue "no", pero se encuentra en una situación de conflicto de interés aparente, describa dicha situación y ofrezca toda la información necesaria para demostrar que dicho conflicto no es ni real ni potencial:

Descripción de la situación:

_____
_____
_____
_____

Información relacionada:

_____
_____
_____

Firma Valentina Calderón L
Cédula de ciudadanía No. 1020413610 de Bello-Ant
Fecha 30 Sep 2026

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.020.493.610**

CALDERON LEZCANO
APELLIDOS

VALENTINA
NOMBRES

Valentina Calderón L
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-JUL-1999**
BELLO
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

21-JUL-2017 BELLO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-0104900-00929374-F-1020493610-20170802 0056878971A 1 48627866

FORMATO DE COMPROMISO DE ANTICORRUPCIÓN

Información General

Nombre completo: Valentina Calderón Lezcano

Tipo y Número de identificación: 1020493610

Dirección: Cl 1C # 10A-36 Casa 51 Villas del Prado

Teléfono: 3142457794

Correo electrónico: vacalez@gmail.com

Objeto del contrato:
Prestacion Servicios Profesionales como Psicologo, en el marco del adicional al contrato interadministrativo N° 512 de 2025 para la ejecución de las actividades (PIC) en el municipio de tauramena, incluyendo la acciones a desarrollar en las instituciones educativas llano, Josemaria Cordoba, Cigloxxi, de conformidad con las obligaciones y actividades establecidas en el contrato interadministrativo, no 512 de 2025, celebrado entre la ESE y Municipio Tauramena

COMPROMISO DE ANTICORRUPCIÓN

El suscrito, en calidad de Contratista, manifiesto libre y voluntariamente que:

1. Reconozco y respaldo el compromiso del Estado colombiano y de la E.S.E Hospital Local de Tauramena con la transparencia, la probidad y la lucha contra la corrupción en todos los procesos contractuales.

2. Me comprometo a apoyar y respetar las acciones y políticas institucionales orientadas al fortalecimiento de la transparencia, la legalidad, y el ejercicio efectivo del control social y de la rendición de cuentas en el marco del presente proceso contractual.

3. Declaro que no he ofrecido, ni ofreceré, ni entregaré dádivas, sobornos, favores, regalos, pagos en especie, invitaciones, ni ningún otro tipo de incentivo indebido a funcionarios públicos o a terceros relacionados con el proceso de contratación, con la finalidad de influir de manera ilegítima en el desarrollo del mismo o en la ejecución del contrato.

4. Me abstendré de realizar cualquier acuerdo, pacto o conducta que conlleve colusión, reparto, manipulación o alteración indebida de las condiciones del proceso de selección, así como de cualquier práctica que atente contra la libre y sana competencia.

5. Declaro que mis actuaciones se rigen por los principios de ética, legalidad, integridad y buena fe, y que no se ha incurrido ni se incurrirá en ninguna conducta que comprometa la legalidad del proceso o del eventual contrato derivado del mismo.

6. Acepto que, en caso de incurrir en cualquiera de las conductas anteriormente descritas, asumiré las consecuencias administrativas, contractuales, civiles y penales que se deriven, conforme a lo dispuesto por la legislación colombiana vigente, en especial lo previsto en la Ley 1474 de 2011, el Código Penal, y demás normas aplicables en materia de lucha contra la corrupción.

En constancia de lo anterior, firmo el presente compromiso de manera voluntaria.

Nombres y apellidos: Valentina Calderon Lezcano

Firma: Valentina Calderon L

C.C. / NIT: 1020493610

Lugar y fecha: Tauramena, 30 Sep 2026

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

El suscrito contratista, identificado como aparece al pie de mi firma, manifiesto en forma libre y voluntaria, de manera unilateral, en mi propio nombre y en el del personal que, de acuerdo con el objeto contractual, llegue a vincular para su ejecución, así como en cumplimiento de los términos establecidos para el desarrollo del siguiente objeto contractual:
Prestar servicios profesionales como Psicologo, en el marco del adicional al contrato Interadministrativo Nº 512 de 2025, para la ejecución delas actividades del plan de Intervenciones (PIC) en el municipio de Tauramena, incluyendo Instituciones educativas el llano, jose maria cordoba y siglo xxi, de conformidad con la obligación y actividades establecidas en contrato anterministrativo 1431 de 2025.
Me comprometo a cumplir con el COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD frente al proceso de contratación a ejecutar.

Reconozco que es mi responsabilidad guardar estricta reserva sobre la información confidencial, clasificada o reservada a la cual tenga acceso o conocimiento durante el desarrollo del proceso contractual.

En caso de contar con personal vinculado para la ejecución del contrato, me comprometo a impartir las instrucciones necesarias para que se dé cumplimiento riguroso al presente compromiso de confidencialidad, garantizando que dichos terceros no divulguen, publiquen, comuniquen ni revelen información confidencial a funcionarios o personas no autorizadas para recibirla.

Me comprometo a actuar con la mayor diligencia en la custodia, uso y tratamiento de la información confidencial, absteniéndome de entregar dicha información, incluso a funcionarios de la entidad, que no cuenten con la debida autorización. En todo caso, dicha entrega solo podrá efectuarse mediante autorización previa, expresa y por escrito del titular de la información o de la persona responsable de la Seguridad de la Información en la entidad.

Me comprometo también a no publicar información alguna por medios de comunicación electrónicos, digitales o físicos que permita el acceso de terceros no autorizados a información confidencial, clasificada o reservada de la institución.

En caso de incumplimiento, acepto asumir la responsabilidad individual o solidaria por cualquier trasgresión que se derive de mi actuar o del actuar de las personas vinculadas para la ejecución del contrato, incluyendo la obligación de resarcir o indemnizar civil, penal y administrativamente a la E.S.E Hospital Local de Tauramena por los daños ocasionados, hasta el restablecimiento pleno de su situación jurídica.

El presente Compromiso de Confidencialidad, así como las obligaciones derivadas del mismo, permanecerán vigentes aún después de finalizado el vínculo contractual, conforme a lo establecido en la Ley 1474 de 2011 (Estatuto Anticorrupción) y atendiendo a la naturaleza sensible de la información que maneja la entidad, sin límite de tiempo.

Firma del contratista: Valentina Calderón L

Nombre completo: Valentina Calderón lezcano

Tipo y número de identificación: 1020493610

Ciudad y Fecha: Tauramena, 30 Sep 2026

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

El suscrito contratista, en cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, manifiesto que he sido informado por parte de la E.S.E Hospital Local de Tauramena, sobre lo siguiente:

1. Que la E.S.E Hospital Local de Tauramena, en calidad de responsable del Tratamiento de mis datos podrá recolectar, almacenar y usar mis datos personales de los cuales soy titular, conforme a su Política de Tratamiento de Datos Personales de la entidad y normatividad aplicable.

2. Que es de carácter facultativo o voluntario responder preguntas sobre datos sensibles o sobre menores de edad.

3. Que como titular de los datos personales tengo derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de los mismos.

4. Que dichos derechos podrán ser ejercidos a través de los canales dispuestos por la E.S.E Hospital Local de Tauramena, y de conformidad con lo establecido en su Política de Tratamiento de Datos Personales.

5. Que cualquier requerimiento relacionado con el tratamiento de mis datos personales podrá ser radicado a través del correo electrónico: esehospitaltauramena@esehospital-tauramena-casanare.gov.co.

6. Que la E.S.E Hospital Local de Tauramena garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos personales.

7. Que la E.S.E se reserva el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, informando y publicando oportunamente dichos cambios en su página web.

Por lo anterior, AUTORIZO de manera voluntaria, previa, expresa, informada e inequívoca a la Empresa Social del Estado Hospital Local de Tauramena, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales, para los fines relacionados con su objeto social, y en especial para los fines legales, contractuales y misionales descritos en dicha política.

Declaro que la información suministrada es verídica y ha sido entregada de manera voluntaria.

Firma del contratista: Valentina Calderón Lezcano

Nombre completo: Valentina Calderón L.

Tipo y número de identificación: 1020493610.

Fecha: 30 Septiembre 2026.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141170773255

(415)7707212489984(8020) 000014117077325 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 2 0 4 9 3 6 1 0	1	Impuestos y Aduanas de Yopal 4 4	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 2 0 4 9 3 6 1 0	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Antioquia 0 5	Bello 0 8 8

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CALDERON	LEZCANO	VALENTINA	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Casanare 8 5	Tauramena 4 1 0

41. Dirección principal: CL 2 10 42

42. Correo electrónico: vacalez@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica / Ocupación

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
2 8 1 9	2 0 2 1 0 4 0 7	7 7 3 0	2 0 2 1 1 1 1 0	6 8 1 0				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 4 9 5 2

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

52 - Facturador electrónico

Usuarios aduaneros

54. Código

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

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 CALDERON LEZCANO VALENTINA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

UNIMINUTO

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Valentina Calderon Lezcano

CC No. 1020493610

Ha cumplido con los requisitos académicos exigidos por la Institución, la cual, con las debidas autorizaciones le otorga el título de

Psicóloga

Código SNIES: 54369

en testimonio se firma y sella este diploma

Consejo de Fundadores

Rector General

Rector Sede

Secretario General

Personería Jurídica otorgada por Resolución No. 10345 del 1 de Agosto de 1990, Ministerio de Educación Nacional. Vigilada Mineducación

República de Colombia

Folio 556 del Libro de Registro No. 014
Bello, 29 de julio de 2024
No. DP 014122556227504

UNIMINUTO
Corporación Universitaria Minuto de Dios

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO No. 122

La Suscrita Secretaria General de La Corporación Universitaria Minuto de Dios - UNIMINUTO.

Certifica:

Que en el municipio de Bello, departamento de Antioquia; el día veintinueve (29) de julio de dos mil veinticuatro (2024), la **Corporación Universitaria Minuto de Dios - UNIMINUTO**, Institución de Educación Superior, reconocida por el Ministerio de Educación Nacional, previo el juramento reglamentario, confirió el título de **Psicóloga** a **Valentina Calderon Lezcano** con Cédula de ciudadanía No. **1020493610** quien aprobó el trabajo de grado y cumplió con las normas legales, los requisitos académicos y las exigencias establecidas en los Estatutos y Reglamentos para el grado, y le otorgó el Diploma No. **DP014122556227504** que la acredita como tal, registrado en el Folio **556** del Libro No. **014** de Registro de Títulos expedidos por la **Corporación Universitaria Minuto de Dios – UNIMINUTO**.

La Corporación Universitaria Minuto de Dios – UNIMINUTO está autorizada para conferir este título por la Ley 30 del 28 de Diciembre de 1992. El programa cuenta con Resolución de Registro Calificado según Código SNIES 54369 concedido por el Ministerio de Educación Nacional.

En constancia de lo anterior se firma en el municipio de Bello, departamento de Antioquia; el día veintinueve (29) de julio de dos mil veinticuatro (2024).

P. Huberto Obando Gil
Rector Sede

Linda Lucía Guarín Gutiérrez
Secretaria General

Institución Educativa
PREUNIVERSITARIO DE BELLO

Municipio de Bello, Antioquia, Colombia.

LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA
PREUNIVERSITARIO DE BELLO "ANTONIO J. RÍOS Q",
(Antes Instituto Preuniversitario de Bello)

Con Resolución de aprobación Municipal número 1213 del 30 de septiembre de 2011.
Para los niveles de Educación Básica Secundaria y Media.
otorgada por la Secretaría de Educación Municipal.
Código PEI No. 1240 del 3 de octubre de 2011.
Dane: 305088002488

Acta general de graduación No. 04

Acta individual de Graduación

El día 14 de diciembre del año 2017, en el auditorio "Presbítero Carlos Pérez Mejía" del municipio de Bello, Antioquia, la Institución proclamó "Bachiller Académico" otorgándole el título a:

VALENTINA CALDERÓN LEZCANO

Con Cédula 1.020.493.610 de Bello, Antioquia

El presente título registrado en el libro de Actas de Graduación Nº 05 Folio 257
Número de orden 27 en cumplimiento de los artículos 23,28,29,32,77 y 88 de la Ley 115 de 1994, y los artículos 11,14,17,38 y 39 del Decreto 1860 de 1994; la Ley 107 del 7 de enero de 1994 y la Resolución 4210 de 1996; superando las pruebas del Plan de Estudios en los niveles de Básica Secundaria y Media Académica, y demás requisitos para la titularidad.

Para constancia se firma en Bello, Antioquia, el 14 de diciembre de 2017

WILLIAM DE JESÚS GIRALDO LÓPEZ
Rector
Cédula 70.554.615 Envigado, Ant.

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PREUNIVERSITARIO DE BELLO

OFELIA DEL S. GALLEGO GIL
Secretaria Académica
Cédula 43.428.336 Bello, Ant

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PREUNIVERSITARIO DE BELLO

Bello, (Parque Principal) Cra. 49 No. 50-42
Teléfonos: **272 7456 - 272 7447**
www.preuniversitariodebello.edu.co
E-mail: preuniversitariodebello@yahoo.es

Esta Tarjeta Profesional es personal e intransferible y acredita a su portador como PSICÓLOGA de conformidad con los Artículos 6, 7 y 12 de la Ley 1090 de 2006 y es requisito legal para el ejercicio profesional en Colombia.

JOSÉ RAÚL JIMÉNEZ MOLINA
Presidente del Consejo Directivo

www.colpsic.org.co

COLEGIO COLOMBIANO DE PSICÓLOGOS



TARJETA PROFESIONAL DE PSICÓLOGA

No. 287361

Fecha de expedición: 26/08/2024

VALENTINA CALDERON LEZCANO

Cédula de Ciudadania
1020493610

Según la Ley 1090 de 2006, este documento es de carácter vitalicio y tiene validez nacional, por tanto su vigencia es permanente.

Tauramena, Septiembre 18 de 2026

LA GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA

HACE CONSTAR:

Que una vez revisado el Archivo Histórico de esta entidad reposa documentación en la cual consta que **VALENTINA CALDERON LEZCANO** Identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.020.493.610 de Bello Antioquia, prestó sus servicios mediante Contrato de Prestación de Servicios Profesionales, que se relacionan a continuación:

CONTRATO No. 258 DE SEPTIEMBRE 12 DE 2025
OBJETO: PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN PSICOLOGIA PARA LA EJECUCIÓN DE ACCIONES DE IDENTIFICACIÓN E INTERVENCIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN EL MARCO DE LO DISPUESTO EN LA RESOLUCIÓN No 711 DEL 2025 EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.
FECHA DE INICIO: SEPTIEMBRE 18 DE 2025
FECHA TERMINACION: ABRIL 17 DE 2026
ACTIVIDADES: Para el cumplimiento del objeto del contrato el contratista deberá cumplir con las siguientes actividades en el territorio **2** y/o territorio reasignado:

No.	CICLO DE EDAD	ACTIVIDAD INDIVIDUAL	MENSUAL	TOTAL ACTIVIDADES	SOPORTES
1	PRIMERA INFANCIA (CICLO DE VIDA ENTRE O MESES A 5 AÑOS, 11 MESES y 29 DIAS)	CONSULTA DE PSICOLOGIA	4	24	ARCHIVO DE PRODUCCION EXPORTADO DE PROSOFT POR LA OPCION SALUD-RUTA 9-5-4-1-4-1
2	INFANCIA (CICLO DE VIDA ENTRE 6 AÑOS A 11 AÑOS, 11 MESES Y 29 DIAS)	CONSULTA DE PSICOLOGIA	5	30	ARCHIVO DE PRODUCCION EXPORTADO DE PROSOFT POR LA OPCION SALUD-RUTA 9-5-4-1-4-1
3	ADOLESCENCIA (CICLO DE VIDA COMPRENDIDO ENTRE 12 AÑOS Y 17 AÑOS, 11 MESES Y 29 DIAS)	CONSULTA DE PSICOLOGIA	10	60	ARCHIVO DE PRODUCCION EXPORTADO DE PROSOFT POR LA OPCION SALUD-RUTA 9-5-4-1-4-1
4	JUVENTUD (CICLO DE VIDA COMPRENDIDO ENTRE 17 AÑOS A 2 AÑOS, 11 MESES Y 29 DIAS)	CONSULTA DE PSICOLOGIA	20	120	ARCHIVO DE PRODUCCION EXPORTADO DE PROSOFT POR LA OPCION SALUD-RUTA 9-5-4-1-4-2
5	ADULTEZ (CICLO DE VIDA COMPRENDIDO ENTRE 27 AÑOS A 59 AÑOS, 11 MESES Y 29 DIAS)	CONSULTA DE PSICOLOGIA	18	108	ARCHIVO DE PRODUCCION EXPORTADO DE PROSOFT POR LA OPCION SALUD-RUTA 9-5-4-1-4-3
6	VEJEZ (CICLO DE VIDA COMPRENDIDO ENTRE 60 AÑOS EN ADELANTE)	CONSULTA DE PSICOLOGIA	12	72	ARCHIVO DE PRODUCCION EXPORTADO DE

					PROSOFT POR LA OPCION SALUD-RUTA 9-5-4-1-4-4
7	CONSULTAS DE SEGUIMIENTO	CONSULTAS DE PSICOLOGIA	21	126	ARCHIVO DE PRODUCCION EXPORTADO DE PROSOFT POR LA OPCION SALUD-RUTA 9-5-4-1-4-5
8	PRUEBA PSICOLOGICAS	APLICACIÓN DE PRUEBAS PSICOLOGICAS	5	30	PRUEBAS PSICOLOGICAS (RESULTADOS)
9	VISITA DOMICILIARIA QUE INCLUYE EDUCACION PARA LA SALUD INDIVIDUAL (A TODAS LAS PERSONAS QUE ATIENDEN EN CONSULTA). Brindar educación para la salud e información orientada a la promoción de la salud mental, prevención de la enfermedad mental (hábitos saludables), identificación de signos de alarma y adopción de prácticas de cuidado de sí mismo, de los demás y de su entorno.	TODOS LOS GRUPOS DE EDAD	95	570	1.REGISTRO FOTOGRAFICO MINIMO 20 FOTOS 2.LISTADO DE ASISTENCIA CONSOLIDADO MENSUAL DE EDUCACION
10	EDUCACION GRUPAL	TODOS LOS GRUPOS DE EDAD EN LO COMUNITARIO. MINIMO 15 PERSONAS, CON UNA DURACION MINIMO DE 1 HORA, CON MATERIAL DIDACTICO YA SEA DIGITAL O FISICO.	3	18	1.METODOLOGIA, REGISTRO FOTOGRAFICO Y PLANILLA DE ASISTENCIA
		ESCUELAS RURALES GRUPOS ESCOLARES COMPLETOS CON UNA DURACION MINIMA DE 1 HORA CON MATERIAL DIDACTICO YA SEA DIGITAL O FISICO. TEMAS: PROYECTO DE VIDA-SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA-PREVENCION DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS-ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO- NORMAS Y LIMITES.	3	18	1.METODOLOGIA, REGISTRO FOTOGRAFICO Y PLANILLA DE ASISTENCIA
11	ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	1.PLANES INTEGRAL DEL CUIDADO PRIMARIO INDIVIDUAL, FAMILIAR Y COMUNITARIO ESTABLECIDO EN LA CARACTERIZACION	1.Identificar los Planes de Cuidado Primario Individual, familiar y Comunitario, del territorio asignado relacionados con la profesión de psicología		1.Planes de cuidado integral
			2.Priorizacion de las familias a intervenir, de acuerdo a los riesgos identificados desde la psicología.		2.Listado de familias priorizadas por riesgo para psicología
			3.Retroalimentar el Plan de Cuidado Primario Individual familiar y comunitario por cada atención brindada.		3.Planes de Cuidado Primario Individual, familiar y comunitario actualizados.
		2. ELABORACION Y PRESENTACION DE INFORMES DE GESTIÓN.	Informe de cumplimiento de indicadores del profesional de psicología		1.Informes enviados a la Jefe Enfermera.

		Informe de consolidación de la referencia a otras instituciones y su debido seguimiento. Efectividad de las derivaciones al sistema de referencia y contrarreferencia acordes a la profesión de psicología.	2.Copia de las referencias 3.Consolidado de las referencias 4. Seguimiento a la efectividad de la referencia.
		Consolidación de Atenciones prestadas por el o la profesional de psicología.	5.Reporte de consistencia de RIPS.
	3. Participación mensual de la socialización de metas o indicadores en salud, liderado por la Jefe Enfermera del Equipo o personal de la IPS.		1.Base de datos en medio magnético 2.Actas de reunión con registro fotográfico.
	4.Aportar la información de su población para completar la georreferenciación a las Auxiliar de Enfermería del territorio.		1.Entregar matriz de caracterización con el registró de las atenciones mensuales (diligenciamiento de variables de georreferenciación) del profesional de psicología.
	5.Aportar su cronograma de trabajo los 5 primeros días del mes.		1.Cronogramas de actividades (radicado la 1 semana a la Jefe Enfermera)
	6. Articulación intersectorial y comunitaria.		1.Participar de las reuniones de articulación con la institucionalidad y la comunidad. Acta de reunión y registro fotográfico.
	7.Garantizar la respectiva facturación de las atenciones prestadas.		1.Enviar la información captada por el profesional, que sea necesaria para el agendamiento y la debida alimentación de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) y realizar su hc.
	8.AFILIACION AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DE ACUERDO AL Decreto 2353 de 2015: Unifica y actualiza las normas de afiliación, creando el Sistema de Afiliación Transaccional (SAT) para garantizar la continuidad y el goce efectivo del derecho a la salud.	Identificación de personas sin seguridad social en salud y su efectividad en la gestión del aseguramiento.	1.Informe de personas identificadas sin afiliación en salud, VS Número de personas afiliadas en salud, después de la gestión del equipo básico de salud.
	9.Notificacion de Eventos en Salud Publica. Realizar la notificación semanal de los eventos identificados en el territorio asignado, reportando a la IPS con el jefe encargado y oficina de salud pública del municipio.	Eventos Notificados de salud publica	1.Copia fichas de notificación

		10.Reporte de identificación de pacientes de programas especiales (Hipertensos, diabéticos, paciente con riesgo cardiovascular, enfermedades raras o huérfanas, población en condición de discapacidad, víctimas del conflicto armado, plan piloto de reconocimiento de personas desaparecidas, entre otros, que requieran especial atención o donde la oferta institucional los beneficie, y circulación a los programas	Articulación con el coordinador del programa en la IPS.	1.Informe de personas identificadas y vinculadas a los programas.
12	IDENTIFICACIÓN	A PERSONAS O FAMILIAS NUEVAS	7	1.SISTEMA DE INFORMACION DEL MINISTERIO, PLAN DE CUIDADO INDIVIDUAL, COLECTIVO Y AMBIENTAL. FAMILIOGRAMA. APGAR
13	LIDERAR Y REALIZAR EN SU TERRITORIO EL CURSO DE LA MATERNIODAD Y LA PATERNIDAD	Educación y Asesoría	Realizar el curso de la maternidad y la paternidad dos veces al mes con las gestantes y lactantes del territorio asignado.	ARCHIVO DE PRODUCCION EXPORTADO DE PROSOFT POR LA OPCION SALUD-RUTA 9-5-4-1-4-2
14	ATENCIÓN PSICOSOCIAL A FAMILIAS VÍCTIMAS DE CONFLICTO ARMADO EN ARTICULACION CON EL PROGRAMA PAPSIVI.	Atención Psicológica	Realizar atención en articulación con el programa PAPSIVI.	Planillas de atención.

Esta constancia se expide a solicitud de la interesada.

MILAYEV GONZALEZ RODRIGUEZ
Gerente

Tauramena, Septiembre 18 de 2026

LA GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA

HACE CONSTAR:

Que una vez revisado el Archivo Histórico de esta entidad reposa documentación en la cual consta que **VALENTINA CALDERON LEZCANO** Identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.020.493.610 de Bello Antioquia, prestó sus servicios medainte Contrato de Prestación de Servicios Profesionales, que se relacionan a continuación:

CONTRATO No. 401 DE OCTUBRE 18 DE 2024

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN PSICOLOGIA PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DE CARACTERIZACIÓN, INTERVENCIÓN Y ACCIONES INHERENTES A LA OPERACIÓN DE EQUIPOS BASICOS EN SALUD PRIORIZADOS EN EL TERRITORIO No. 2 Y/O TERRITORIO REASIGNADO POR LA ESE, EN CUMPLIMIENTO DE LOS LINEAMIENTOS DE FORTALECIMIENTO DE LA GESTION TERRITORIAL DE LA ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD EN EL MARCO SEGÚN LO DISPUESTO EN LA RESOLUCION No. 1032 DEL 2024 EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL.

FECHA DE INICIO: OCTUBRE 21 DE 2024

FECHA TERMINACION: DICIEMBRE 13 DE 2024

ACTIVIDADES: Para el cumplimiento del objeto del contrato el contratista deberá cumplir con las siguientes actividades:

ITEM	ACTIVIDADES	Evidencia
1	Acordar con la supervisión y/o coordinador de área, el plan de trabajo a través del cual cumplirá con las actividades a desarrollar	1. Cronograma mensual de actividades por cada uno de los perfiles que hacen parte de los equipos básicos de salud
2	Actualizar mapeo y cartografía social de los territorios de abordaje y de primer contacto con las comunidades de cada microterritorio	1. Informe de mapeo, cartografía social abordaje en el microterritorio que incluya registro fotográfico y listas de asistencia.
3	Identificar personas no afiliadas al sistema de salud Identificar personas no afiliadas al sistema de salud y gestionar el trámite de afiliación	1. Formularios de afiliación diligenciados
4	Diligenciar los diferentes instrumentos establecidos para la estrategia APS: familiograma- ecomapa, registro de incentivos (intervenciones priorizadas), registro de referencia.	1. Formulario de caracterización con a) familiograma. b) APGAR familiar. c) escala de sobrecarga del cuidador de ZARIT y d) Ecomapa diligenciados 2. Herramienta de seguimiento de resolución 3280 de 2018 indicada por MSPS
5	Identificar las condiciones de salud de los miembros de la familia y los hogares, haciendo uso de los dispositivos médicos asignados a las familias de por las veredas de las veredas Vigia, Tunupe, Carupana y Guira-Lucha que conforman el Territorio No 4, que inicialmente se visitaron y no se han caracterizado	1. Plan integral del cuidado primario individual, familiar y comunitario integrado a la historia clínica.
6	Formular y Realizar seguimiento al plan integral del cuidado primario individual, familiar y comunitario con base en los resultados de la caracterización, identificando y articulando las diferentes intervenciones a desarrollar en el sector salud y los diferentes sectores	1. Plan integral del cuidado primario individual, familiar y comunitario integrado a la historia clínica.

7	Identificar las prioridades de respuesta individual, familiar y comunitaria por edad, sexo-género, etnia, entre otras características pertinentes y por territorio asignado	1. Plan integral del cuidado primario individual, familiar y comunitario integrado a la historia clínica
8	Gestionar y garantizar la prestación de los servicios de salud (promoción de la salud, educación, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos), de acuerdo con las necesidades identificadas, realizando la intervención de acuerdo a las diferentes modalidades (extramural, intramural en prestador primario o complementario y telemedicina) y/o canalización	1. Instrumento de canalización diligenciado 2. Consolidado Excel de riesgos en salud identificados según curso de vida.
9	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.	1. Instrumento de canalización diligenciado
10	Gestionar el traslado a instituciones de salud de personas que requieren remisión urgente a partir de lo identificado en la atención en salud que sea evento de salud publica o urgencia triage I o II.	1. Bitácora de remisión
11	Brindar educación para la salud e información orientada a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y adopción de prácticas de cuidado de sí mismo, de los demás y de su entorno	1. Plan integral del cuidado primario individual, familiar y comunitario integrado a la historia clínica.
12	Realizar consulta de psicología para atención en salud mental a los usuarios que se requieran según el riesgo identificado.	1. Notas de seguimiento en plan de cuidado y matriz Excel, en caso de que aplique, se debe realizar historia clínica en prosoft.
13	Informar a las familias sobre el portafolio de servicios de salud y de otros sectores de acuerdo con sus necesidades.	1. Plan integral del cuidado primario individual, familiar y comunitario integrado a la historia clínica
15	Canalizar a la oferta de servicios brindada por otros sectores en el territorio conforme a las prioridades y necesidades sociales de la salud identificadas	1. Instrumento de canalizaciones diligenciado
16	Realizar seguimiento al acceso efectivo a los servicios de salud y servicios brindados por los otros sectores.	1. Instrumento de canalizaciones diligenciado
17	Convocar, implementar y realizar seguimiento a espacios de participación social y popular por cada una de las veredas- barrios y micro territorios abordados por el equipo	1. Registros de participación, documentos Instrumentos digitalizados en la herramienta de APS
18	Realizar la notificación semanal de los eventos en oficina de Salud Pública identificados en el territorio asignado, reportando a la IPS y oficina de salud pública del municipio.	Soporte de eventos notificados
19	Participar en las jornadas de intervención del riesgo que se realicen por parte de las IPSs, EPSs o ente territorial en el micro territorio asignado.	Informe de actividad con registro fotográfico.
20	Realizar escucha activa en centros de escucha y zonas de orientación escolar	1. Consolidado Excel de riesgos en salud identificados según curso de vida.
21	Apoyar la ejecución de otras actividades que guarden relación con el objeto contractual y le sean informadas por el supervisor del contrato	Soporte de la actividad ejecutada.

RESPONSABILIDADES GENERALES EN EL ABORDAJE TERRITORIAL DEL INTEGRANTE DEL EBS DEBIENDO ORIENTARSE A:

1. Desarrollar y fortalecer las habilidades y capacidades de los grupos familiares o no familiares para el cuidado de sí mismo, del otro y del medio ambiente, la sana convivencia y la protección de cada uno de sus integrantes, con énfasis en niños, niñas y adolescentes, mujeres gestantes y lactantes, personas mayores.
2. Promover las capacidades de las personas, familias y comunidades para el ejercicio de la ciudadanía, actuando frente al reconocimiento y la exigibilidad del derecho fundamental a la salud y la participación en los espacios de decisión.
3. Promover el mejoramiento de los ambientes físicos de la vivienda y el entorno, controlar los riesgos asociados a condiciones socioambientales desfavorables y promover los factores protectores para la salud y la calidad de vida.
4. Identificar las condiciones de salud las personas, familias y comunidades en los microterritorios y gestionar la respuesta efectiva en salud a las diferentes modalidades de atención (extramural, intramural en prestador primario o complementario y telemedicina).

5. Promover y facilitar respuestas integrales a las necesidades de las personas, familias y comunidades, por medio de la articulación de la oferta de los servicios sociales, conforme al contexto poblacional y acorde con el curso de vida.
6. Desarrollar procesos educativos que faciliten a las personas elegir y adoptar prácticas favorables a la salud, prácticas de cuidado, compañía y desarrollo de vínculos afectivos y sociales positivos para el desarrollo humano.
7. Desarrollar espacios de participación social y popular por cada microterritorio donde operen los equipos básicos de salud

Esta constancia se expide a solicitud de la interesada.

MILAYEV GONZALEZ RODRIGUEZ
Gerente

Tauramena, Septiembre 18 de 2026

LA GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA

HACE CONSTAR:

Que una vez revisado el Archivo Histórico de esta entidad reposa documentación en la cual consta que **VALENTINA CALDERON LEZCANO** Identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.020.493.610 de Bello Antioquia, prestó sus servicios mediante Contrato de Prestación de Servicios Profesionales, que se relacionan a continuación:

CONTRATO No. 112 DE FEBRERO 27 DE 2025
OBJETO: PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE PSICOLOGIA PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE LA ATENCION INTEGRAL AL USUARIO EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD EN EJECUCION DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD No. 290 DE 2025 CELEBRADO ENTRE CAPRESOCA EPS Y LA ESE HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA..
FECHA DE INICIO: FEBRERO 28 DE 2025
FECHA TERMINACION: AGOSTO 26 DE 2025
ACTIVIDADES: Para el cumplimiento del objeto del contrato el contratista deberá cumplir con las siguientes actividades:

ITEM	ACTIVIDADES CONTRATADAS	EVIDENCIAS
1	Elaboración de plan de trabajo y cronograma para el despliegue del equipo en territorio	*1. Plan de trabajo y cronograma de operación*
2	Realizar la caracterización de la población definida para atención al equipo básico de salud, de manera familiar e individual, haciendo uso de los formatos que la ESE Hospital Local de Tauramena establezca, identificando los riesgos asociados.	*1. Formato de caracterización diligenciado con identificación de los riesgos en salud de manera familiar, individual y comunitario.*
3	Formular e implementar el PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) individual, familiar con base en los resultados de la caracterización, identificando y articulando las diferentes intervenciones a desarrollar.	*1. Plan Integral De Cuidado Primario (PICP) individual, familiar.*

<table>
<tr>
<td>4</td>
<td>Realizar intervenciones mensuales individuales que deben garantizarse por momento de curso de vida y a la población materno perinatal; de acuerdo con los riesgos previamente detectados, según se relaciona a continuación.
<table>
<tr><th>CICLO DE EDAD</th><th>ACTIVIDAD INDIVIDUAL</th><th>POBLACION MENSUAL PARA CUMPLIR META</th></tr>
<tr><td>PRIMERA INFANCIA</td><td>CONSULTA DE PSICOLOGIA</td><td>5</td></tr>
<tr><td>INFANCIA</td><td>CONSULTA DE PSICOLOGIA</td><td>6</td></tr>
<tr><td>ADOLESCENCIA</td><td>CONSULTA DE PSICOLOGIA</td><td>15</td></tr>
<tr><td>JUVENTUD</td><td>CONSULTA DE PSICOLOGIA</td><td>20</td></tr>
<tr><td>ADULTEZ</td><td>CONSULTA DE PSICOLOGIA</td><td>23</td></tr>
<tr><td>VEJEZ</td><td>CONSULTA DE PSICOLOGIA</td><td>12</td></tr>
<tr><td>EDUCACION INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA</td><td>EDUCACION</td><td>80</td></tr>
<tr><td>EDUCACION GRUPAL POR PSICOLOGIA</td><td>EDUCACION TALLER</td><td>6</td></tr>
<tr><td>VISITAS DOMICILIARIAS</td><td></td><td>81</td></tr>
</table>
</td>
<td>1. Producción de los registros en HC.
2. Planilla de registro de individuos atendidos (RIPS)
3. Registro fotográficos.
4. Registro diario de Asistencia.
5. Base de Datos de usuarios atendidos con enfoque diferencial.
6. Informe mensual Estadístico en el formato de la EAPB.
7. Carpeta organizada en Drive con toda la información recolectada por los EBS</td>
</tr>
<tr><td>5</td><td>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 y a su vez Identificar, notificar y gestionar la atención y el control de los eventos de interés en salud pública.</td><td>1. Base de datos de usuarios inducidos a servicios y reportados
2. Soporte de eventos notificados.
3. Formato de canalización diligenciado.</td></tr>
<tr><td>6</td><td>Canalizar los usuarios a la institución prestadora de servicios de salud primaria, conforme a los riesgos identificados, la mortalidad evitable y la discapacidad prevenible.</td><td>1. Formato diligenciado de canalización de servicios de salud.</td></tr>
<tr><td>7</td><td>Realizar de manera oportuna el seguimiento al cumplimiento de metas de cobertura de la población asignada, considerando las intervenciones individuales, familiares y comunitarias - colectivas del PICP, a traves del formato que la ESE hospital local de Tauramena establezca para la entrega de la informacion</td><td>1. Formato de seguimiento a los planes de cuidado primario.</td></tr>
<tr><td>8</td><td>Realizar seguimiento al acceso efectivo a los servicios de salud en su respectiva red de prestación de servicios.</td><td>1. Registros de seguimiento al acceso efectivo a los servicios de salud</td></tr>
<tr><td>9</td><td>Gestionar la articulación de los servicios de salud, sociales y ambientales, de acuerdo con las necesidades de la población y los riesgos previamente identificados.</td><td>1. Registros de socialización de oferta de servicios</td></tr>
<tr><td>10</td><td>Realizar el registro diario de las atenciones en salud brindadas a los usuarios</td><td>1. Realizar registro diario de atenciones.</td></tr>
<tr><td>11</td><td>Activar los mecanismos de referencia y contrarreferencia hacia servicios e intervenciones, para garantizar la continuidad e integralidad en la atención</td><td>1. Formato de Referencia y contrarreferencia.</td></tr>
</table>

12	Identificar y gestionar las barreras de acceso geográficas, culturales, administrativas, económica, entre otras, para garantizar el acceso oportuno a la atención en salud, de su población adscrita.	*1. Registros de promoción de afiliación al SGSSS*
13	Diseñar y desplegar estrategias para el seguimiento, búsqueda activa y recuperación de persona y familias que no consultan, acceden o participan en las atenciones para la salud.	*1. Registros de inducción a la demanda de servicios*
14	Hacer uso de la modalidad de telemedicina y otras acciones de telesalud, disponibles en el territorio para garantizar la continuidad e integralidad en la atención de la población adscrita.	*1. Soporte de lo realizado.* *2. Producción de los registros en HC*
15	Registrar la información de las intervenciones en salud realizadas en el sistema concertado con la EPS, garantizando el archivo, custodia y confidencialidad de la información.	*1. Historias clínicas de intervenciones.* *2. Base de datos de la población atendida*
16	Realizar al grupo de riesgo Materno perinatal, a las afiliadas entregadas en la Base de datos, seguimiento en el domicilio de las gestantes con Morbilidad materna extrema, verificando la efectividad de acceso y adherencia al tratamiento ordenado en el egreso hospitalario, el control posparto y el inicio de métodos de planificación familiar y las consultas especializadas de seguimiento, bajo los parámetros y formatos entregados previamente por el lider de Salud pública de Capresoca EPS, además brindar información y educación en riesgo en salud, entregando inmediatamente la información de las afiliadas al correo epi de mio l o¡¡ i a@capresoca-casa nare. gov .co	
17	Realizar atencion a usuarias con sifilis gestacional o usuarios con sifilis congenita, seguimiento en el domicilio, verificando la efectividad de acceso y adherencia al tratamiento ordenado y realizar la demanda efectiva de los controles y tratamiento a la pareja.	*Producción de los registros en HC*
18	Realizar seguimiento domiciliario a enfermedades infecciosas, de acuerdo a la base de datos enviada por la EPS verificando la efectividad de acceso y adherencia al tratamiento ordenado, además brindar información y educación del riesgo en salud.	*1. Formato de Salud pública de Capresoca EPS.*
19	Informar a las familias sobre el portafolio de servicios de salud y de otros sectores de acuerdo con sus necesidades.	*1. Registros de socialización de oferta de servicios.* *2. Planillas de Registro*
20	Realizar seguimiento domiciliario a los afiliados entregados en la Base de datos de población con intento de suicidio visita que debe ser realizada por profesional en psicología, entregar educación en salud, y facilitar el acceso inmediato al servicio de salud especializado enrutando el usuario y su familia hacia los servicios de salud.	*1. Planilla de Registro.* *2. Producción de los registros en HC*
21	Entregar de manera oportuna, la información requerida para la respuesta de requerimientos y de informes con destino a los entes municipal y departamental, Ministerio de Salud de Salud y Protección Social, EAPB y entes de control, relacionada con la ejecución de actividades de Atención Primaria en Salud	*1. Información suministrada a la supervisión del contrato.*
22	Apoyar en la realización del informe mensual de ejecución del contrato en el formato definido por la eps, con los respectivos soportes y/o anexos de cumplimiento, el anterior informe debe ser entregado los primeros 10 dias de cada mes de manera magnetica en las oficinas de coordinacion de la ESE con sus respectivos soportes magnéticos (cd) y deberá contener: ✓ Caracterización familiar y del entorno de los habitantes del micro territorio asignado ✓ Formulación del plan integral del cuidado primario de acuerdo con los resultados de la caracterización realizada ✓ Identificación del riesgo individual, familiar y comunitario de la población adscrita, por momento de curso de vida, sexo-genero, etnia y condiciones socioeconómicas y ambientales, los cuales deben contener documento de Identificación de riesgo individual, familiar y	*1. Informe radicado en la oficina de coordinación de la ESE.*

	comunitario para la población asignada ✓ Ejecución de intervenciones individuales, familiares y colectivas de acuerdo con la caracterización, y deben realizar registros de atención	
23	Ejecutar y participar en las actividades de educación continua para el mejoramiento de la calidad en salud; a). Plan de capacitaciones; b). actualizaciones de conocimiento que la IPS establezca para el perfil profesional, c) Participar en comités institucionales según planeación de la entidad	*1. Copia del acta de asistencia y registro fotográfico.*
24	Cumplir con las obligaciones generales del contrato y las demás actividades inherentes al objeto contractual	*1. Soporte de la actividad ejecutada*

Esta constancia se expide a solicitud de la interesada.

MILAYEV GONZALEZ RODRIGUEZ
Gerente

Technigran
Soluciones Integrales Agropecuarias

Tauramena, 18 de septiembre de 2026

CERTIFICACIÓN LABORAL

Por medio de la presente, certificamos que la señora **VALENTINA CALDERÓN LEZCANO,** identificada con cédula de ciudadanía **No. 1.020.493.610** expedida en Bello, Antioquia, laboró en nuestra empresa OH ÁVILA PROYECTOS SAS, desempeñando el cargo de **Psicóloga**, en la dependencia "Talento Humano", durante el período comprendido entre el **1 de febrero de 2023** y el **30 de junio de 2023**, con un tiempo total de **cinco (5) meses**.

Durante su permanencia en la empresa, la señora Valentina Calderón Lezcano demostró responsabilidad, compromiso y un adecuado desempeño en las funciones asignadas.

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada, con destino a quien pueda interesar.

Cordialmente,

Juan Pablo Ávila Londoño
Representante Legal
OH ÁVILA PROYECTOS SAS
Teléfono: 300 215 9532

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

VALENTINA CALDERON LEZCANO

IDENTIFICADO(A) CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.020.493.610

Asistió al Diplomado de:

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD

Intensidad Horaria de 159 Horas.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE TRES (3) AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE YOPAL A LOS 3 DÍAS DEL MES DE SEPTIEMBRE DEL 2026.

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL

Dancy Sidney Monje Perez
REPRESENTANTE LEGAL

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 376 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD.
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO **ACADEMICO@IMAVSS.COM** O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN **321 405 9500.**

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

VALENTINA CALDERON LEZCANO

IDENTIFICADO(A) CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.020.493.610

Asistió al Curso de:

PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS (PAP)

Intensidad Horaria de 45 Horas.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN (1) AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE YOPAL A LOS 4 DÍAS DEL MES DE SEPTIEMBRE DEL 2026.

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL

Dancy Sidney Monje Perez
REPRESENTANTE LEGAL

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 376 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD.
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO **ACADEMICO@IMAVSS.COM** O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN **321 405 9500.**

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

VALENTINA CALDERON LEZCANO

IDENTIFICADO(A) CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.020.493.610

Asistió al Curso de:

ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA Y EL ABUSO SEXUAL CON ENFOQUE DIFERENCIAL (AVS)

Intensidad Horaria de 45 Horas.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN (1) AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE YOPAL A LOS 9 DÍAS DEL MES DE SEPTIEMBRE DEL 2026.

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL

Dancy Sidney Monje Perez
REPRESENTANTE LEGAL

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 376 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD.
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO **ACADEMICO@IMAVSS.COM** O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN **321 405 9500.**

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

VALENTINA CALDERON LEZCANO

IDENTIFICADO(A) CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.020.493.610

Asistió al Curso de:

SEGURIDAD DEL PACIENTE (SP)

Intensidad Horaria de 45 Horas.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN (1) AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE YOPAL A LOS 8 DÍAS DEL MES DE SEPTIEMBRE DEL 2026.

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL

Dancy Sidney Monje Perez
REPRESENTANTE LEGAL

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 376 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD.
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO **ACADEMICO@IMAVSS.COM** O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN **321 405 9500.**

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Valentina Calderón lezcano

ha participado y aprobado el Curso Virtual

Precauciones básicas: higiene de manos (COVID-19)

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

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

21 de julio de 2022

Horas: 1

Dra. Carissa F. Etienne
Directora

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://mooc.campusvirtualsp.org/mod/simplecertificate/verify.php?code=62d96216-2958-4486-be4b-68e0ac1f1c2e

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

VALENTINA CALDERON LEZCANO

IDENTIFICADO(A) CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.020.493.610

Asistió al Curso de:

INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y LA INFANCIA IAMI INTEGRAL (IAMI)

Intensidad Horaria de 45 Horas.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN (1) AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE YOPAL A LOS 7 DÍAS DEL MES DE SEPTIEMBRE DEL 2026.

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL

Dancy Sidney Monje Perez
REPRESENTANTE LEGAL

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 376 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD.
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO **ACADEMICO@IMAVSS.COM** O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN **321 405 9500.**

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

VALENTINA CALDERON LEZCANO

IDENTIFICADO(A) CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.020.493.610

Asistió al Curso de:

HUMANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD (HSS)

Intensidad Horaria de 45 Horas.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN (1) AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE YOPAL A LOS 5 DÍAS DEL MES DE SEPTIEMBRE DEL 2026.

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL

Dancy Sidney Monje Perez
REPRESENTANTE LEGAL

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 376 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD.
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO **ACADEMICO@IMAVSS.COM** O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN **321 405 9500.**

UP
Universidad de Palermo

COURSE CERTIFICATE

Apr 17, 2024

Valentina Calderon Lezcano

completó con éxito

Psicología del Aprendizaje

un curso en línea sin crédito autorizado por Universidad de Palermo y ofrecido a través de Coursera



Elsa Zingman
Decana de la Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Palermo

Verify at:
coursera.org/verify/EHCC2UZSW9B3

Coursera confirmó la identidad de esta persona y su participación en el curso.

El presente certificado no acredita título ni grado universitario.

Politécnico de las Américas

EDUCACIÓN INFORMAL DE CONFORMIDAD CON EL DECRETO 1075 DE MAYO 26 DE 2015 REGISTRO MERCANTIL NO. 21-560260-12 NIT: 900969738-0

Hace constar que

VALENTINA CALDERÓN LEZCANO

DOCUMENTO DE IDENTIDAD NUMERO 1020493610

CURSÓ Y APROBÓ EL DIPLOMADO EN

PSICOLOGÍA INFANTIL

INICIO 15/11/2020- FINALIZACIÓN 20/12/2020

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE CIENTO VEINTE (120) HORAS

REGISTRADO EN EL LIBRO DE ACTAS No. 1509

FIRMADO EN MEDELLIN-COLOMBIA EL 23/12/2020

Diego A Restrepo

Director Academico Poliamericas

LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO PUEDE SER VERIFICADA MEDIANTE SOLICITUD AL CORREO DE ACREDITACIÓN INFO@POLITECNICODELASAMERICAS.COM.CO INDICANDO EL NO. DEL LIBRO DE ACTAS CON EL CUAL SE REGISTRA EL MISMO

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Valentina Calderón lezcano

ha participado en el Curso Virtual

Prevención y control de infecciones (PCI) causadas por el nuevo coronavirus (COVID-19)

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

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

21 de julio de 2022

Horas: 1

Dra. Carissa F. Etienne
Directora

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://mooc.campusvirtualsp.org/mod/simplecertificate/verify.php?code=62d959e0-3cbc-4b7c-bee4-55e3ac1f1c2e

VIGILADO SuperSubsidio

Comfenalco
Antioquia

El Instituto de Educación Comfenalco "Consuelo Montoya Gil"

Licencia de funcionamiento concedida por Secretaría de Educación y Cultura de Antioquia mediante Resolución No.000960 del 06 de mayo de 1998, ampliada en Resolución No.10613 del 20 de diciembre de 2000, actualizada con Resolución No.010015 del 13 de agosto de 2015 de la Secretaría de Educación de Medellín. Licencia funcionamiento ETDH Municipio Medellín Resolución No.03783 del 05 de mayo de 2009

Certifica que:

Valentina Calderon Lezcano

Con documento de identidad No. 1020493610

Realizó el Curso Virtual de:

Bioseguridad

Con una duración de 10 horas

Finalizado el 22 de julio de 2022

Carolina Franco Giraldo
Jefe Departamento de Educación

VIGILADO SuperSubsidio

Comfenalco
Antioquia

El Instituto de Educación Comfenalco "Consuelo Montoya Gil"

Licencia de funcionamiento concedida por Secretaría de Educación y Cultura de Antioquia mediante Resolución No.000960 del 06 de mayo de 1998, ampliada en Resolución No.10613 del 20 de diciembre de 2000, actualizada con Resolución No.010015 del 13 de agosto de 2015 de la Secretaría de Educación de Medellín. Licencia funcionamiento ETDH Municipio Medellín Resolución No.03783 del 05 de mayo de 2009

Certifica que:

Valentina Calderon Lezcano

Con documento de identidad No. 1020493610

Realizó el Curso Virtual de:

Atención Integral en Salud a Víctimas de Violencia Sexual

Con una duración de 8 horas

Finalizado el 22 de julio de 2022

CFrancoG

Carolina Franco Giraldo
Jefe Departamento de Educación

VIGILADO SuperSubsidio

Comfenalco
Antioquia

El Instituto de Educación Comfenalco "Consuelo Montoya Gil"

Licencia de funcionamiento concedida por Secretaría de Educación y Cultura de Antioquia mediante Resolución No.000960 del 06 de mayo de 1998, ampliada en Resolución No.10613 del 20 de diciembre de 2000, actualizada con Resolución No.010015 del 13 de agosto de 2015 de la Secretaría de Educación de Medellín. Licencia funcionamiento ETDH Municipio Medellín Resolución No.03783 del 05 de mayo de 2009

Certifica que:

Valentina Calderon Lezcano

Con documento de identidad No. 1020493610

Realizó el Curso Virtual de:

Atención Integral en Salud a Víctimas de Violencia Sexual

Con una duración de 8 horas

Finalizado el 22 de julio de 2022

CFrancoG

Carolina Franco Giraldo
Jefe Departamento de Educación

REPÚBLICA DE COLOMBIA

POLITÉCNICO SUPERIOR *de Colombia*

Licencia de funcionamiento otorgada mediante resolución N°007185 de 2016 de la Secretaría de Educación de Medellín NIT 900.914.208-2 - Matrícula Mercantil N° 21- 549966 - 12

HACE CONSTAR QUE:

VALENTINA CALDERON LEZCANO

Con Documento de Identidad No 1020493610

CURSÓ Y APROBÓ EL

DIPLOMADO EN FUNDAMENTOS DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

MEDELLIN - 06 DE ENERO DE 2024 AL 09 DE FEBRERO DE 2024

Con una intensidad horaria de ciento veinte (120) horas
Registrado en el Libro de Actas No 0020240209

POLITECNICO SUPERIOR de Colombia
NIT. 900.914.208-2
FIRMA Y CÓDIGO DE SEGURIDAD 240209A-244552

www.politecnicosuperior.edu.co

La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante solicitud al correo asistentevirtual@politecnicosuperior.edu.co, indicando el N° del libro de actas con el cual se registra el mismo.

Carné Digital de Vacunación Colombia

Salud

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 760b453b-28c9-45ec-3bc0-c628eeca6deb

Nombres y apellidos / Full name: **VALENTINA CALDERON LEZCANO**

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

Número de identificación / ID Number: **1 0 2 0 4 9 3 6 1 0**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **18/07/1999**

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

Número de contacto (movil) / Phone number: **3142457794**

Correo electrónico / e-mail:

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio	Número de Lote	IPS Vacunadora	Nombres y apellidos del vacunador
Vaccine	Doses	Día / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratory	Vaccine Batch	Administering Center	Full name Vaccinator
COVID SINOVAC	Primera	19	07	2021	Sinovac	202105061K	TAURAMENA ESE HOSPITAL LOCAL	HERMES GONZALEZ
COVID SINOVAC	Segunda	17	08	2021	Sinovac	202106062O	TAURAMENA ESE HOSPITAL LOCAL	CLAUDIA CALIXTO
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	19	07	2022	Green Cross	V50222010	SERVICIOS MEDICOS DEL CASANARE SAS	NUBIA SANCHEZ
TD Adulto	Primera	21	07	2022	Serum	2331L024B	TAURAMENA ESE HOSPITAL LOCAL	HERMES GONZALEZ CACHAY
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	21	07	2022	Green Cross	V50222010	SERVICIOS MEDICOS DEL CASANARE SAS	NUBIA SANCHEZ
COVID SINOVAC	Primer Refuerzo	09	08	2022	Sinovac	B202109142	BELLO CIS COMFAMA Bello	MILDREY MEDINA
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	08	05	2025	GC BIOPHARMA CORP	V50525003	TAURAMENA ESE HOSPITAL LOCAL	NIDIA ARIAS - CC23467871 - ACTIVO
Fiebre Amarilla	Única	18	09	2026	Sanofi Pasteur	Y3D32	TAURAMENA ESE HOSPITAL LOCAL	HERMES GONZALEZ CACHAY - CC9656141 - ACTIVO
Sarampión Rubéola	Adicional	18	09	2026	Serum	0096M002	TAURAMENA ESE HOSPITAL LOCAL	HERMES GONZALEZ CACHAY - CC9656141 - ACTIVO
TD Adulto	Segunda	18	09	2026	Serum	2335L013D	TAURAMENA ESE HOSPITAL LOCAL	HERMES GONZALEZ CACHAY - CC9656141 - ACTIVO

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

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

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

El 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.

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

Consérvelo

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

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Valentina.

Apellidos: Calderón Lezcano

Documento de identidad: C.C. X C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.

Número de documento: 1020493610

Fecha de nacimiento: Día 18 Mes 07 Año 1999

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única	18/9/26	00967H002	Hermes
Fiebre Amarilla	Única	18/9/26	33D32	Hermes
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	21/7/22	2331L024B	Hermes
	2	18/9/26	2335L013D	Hermes
	3	C/10	18/3/27	
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	Anual	8-5/2025	U50525005	NIDIA Sánchez
	Anual	18-09-26	D02	
Covid 19	1ª		Lote: N08	
	2ª		Fab: 02 2026	
	1er Ref.		Vence: 01 2027	
	2do Ref.			
Otras				

INFLUVAC TETRA TEMPORADA 2026

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Valentina

Apellidos: Calderon - Tacano

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1020493610

Fecha de nacimiento: Día 18 Mes 07 Año 1999

Biologico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampion Rubeola	Unica			
Fiebre Amarilla	Unica			
Toxoide Tetanico Diftenico (Td)	1	21-07-2012	23371211C	Hca 6
	2	[illegible]	21-08-2012	
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1	1		
	2			
VPH	1			
	2			

Biologico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1	22-07-22	220500520E	Nubia E. Sánchez Aux. de Enfermería Vacunación Reg. 6592
	2	CHCI	22-09-22	
	3			
	1			
Influenza estacional	Anual	21-07-22	150[illegible]	Nubia E. Sánchez P. Aux. de Enfermería Vacunación Reg. 6592
Otras	Varicela 1	22-07-22	U0[illegible]	Nubia E. Sánchez P. Aux. de Enfermería Vacunación Reg. 6592

GOV.CO | SISPRO - Aplicativos Misionales

Menú Salud Iniciar Sesión Registrarse

eTHUS

continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de lento Humano en Salud.

po de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

1020493610

imer Nombre

/alentina

Primer Apellido

Calderon

nfirme los números de la Imagen *

5473

Cambiar

3856

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2026-09-11 1:42:00 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalle
CC	1020493610	VALENTINA		CALDERON	LEZCANO	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) VALENTINA CALDERON LEZCANO identificado(a) con CC 1020493610 registra La siguiente información:

2026-09-11 1:42:00 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtencion Titulo	Profesion u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	PSICOLOGIA	2024-09-18	24060390184	GOBERNACION DE ANTIOQUIA

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

SISPRO

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

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

Contacto

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

Términos y condiciones

GOV.CO

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 303306065

PIB
14:16:42

Bogotá DC, 21 de septiembre del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) VALENTINA CALDERON LEZCANO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1020493610:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 11 de septiembre de 2026, a las 14:08:12, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1020493610
Código de Verificación	1020493610260911140812

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

INICIO

CONTÁCTENOS

PREGUNTAS FRECUENTES

LEY 2455 / 2025 "LEY ÁNGEL"

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 02:15:59 PM horas del 11/09/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1020493610**
Apellidos y Nombres: **CALDERON LEZCANO VALENTINA**

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.

Volver al Inicio

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. 30562 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910112
E-mail: [illegible]

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO

Todos los derechos reservados

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

[redacted]

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 11/09/2026 02:07:08 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1020493610** y Nombre: **VALENTINA CALDERON LEZCANO.**

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. **147502299** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1020493610 **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 11/09/2026 03:00 PM

Código Verificación: **YKHACSFUM2**

Válida hasta: **11/12/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 15:12:10 horas del 11/09/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1020493610,** Apellidos y Nombres **CALDERON LEZCANO VALENTINA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA** , con NIT **854100008-0** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra*

Protección

Una empresa sura

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CALDERON LEZCANO VALENTINA** identificado(a) con **CC** número **1.020.493.610** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 24 de abril de 2019 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 17 de septiembre de 2026.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customer0001.wolkvox.com/proteccion/index.php**

EPS Sanitas

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado: 30097026

200804301

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación — B. Reporte de Novedades: X

2. Tipo de Afiliación: A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia: X — - Beneficiario o Afiliado adicional — B. Colectiva — C. Institucional — D. De Oficio

3. Régimen: A. Contributivo: X — B. Subsidiado — 4. Contribución solidaria: SI — No

5. Tipo de Afiliado: A. Cotizante: X — B. Cabeza de Familia — C. Beneficiario — D. Afiliado adicional

6. Tipo de Cotizante: A. Dependiente: X — B. Independiente — C. Pensionado

7. Código (a registrar por la EPS)

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Calderon	Tezcono	Valentina	

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC.	1020493610.	Femenino / Masculino	F: X — M — T — NB — Otro — Cuál	Colombiano

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
Bello	Colombia	Antioquia	Bello	18071999

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad (Si / No — Categoría de discapacidad)	19. Tiene encuesta SISBÉN (SI / No)	20. Clasificación SISBÉN (Nivel / Grupo)	21. Grupo de población especial

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria

26. Residencia Dirección — Teléfono Fijo

Teléfono Celular — Correo Electrónico

Departamento — Municipio / Distrito — Localidad / Comuna — Zona: Cabecera Municipal / Centro Poblado / Rural Disperso / Resto Rural

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico (Femenino / Masculino)	31. Sexo identificación (F / M / T / NB / Otro / Cuál)	32. Nacionalidad

33. Lugar de nacimiento — País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

35. Apellidos y nombres

	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico (Femenino / Masculino)	40. Sexo identificación (F / M / T / NB / Otro / Cuál)	41. Lugar de nacimiento (País / Departamento / Municipio)	42. Fecha de nacimiento
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN (Si / No)	48. Clasificación SISBÉN (Nivel / Grupo)	49. Discapacidad (Si / No — Categoría de discapacidad)	50. Incapacidad permanente (Si / No)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio / Distrito	Zona (Cabecera Municipal / Centro Poblado / Rural Disperso / Resto Rural)	Teléfono fijo y o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			

A. AFILIACIÓN

200804301

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social: Valentina Calderon | 56. Tipo documento de Identificación: CC. | 57. Número del documento de Identificación: 1020493610 | 58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS):

59. Ubicación
Dirección: Calle 1C # 10-36 | Teléfono fijo o Celular: 3142457794

Correo Electrónico: Vacalez@gmail.com | Departamento: Caqueta. | Municipio / Distrito: Florencia

60. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación
- [ ] 3. Actualización del documento de identificación
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS — Código
- [ ] 6. Reporte de pago a través de un tercero — Código
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [X] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Inscripción EPS retorno a país
- [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 14. Movilidad — [ ] A. Régimen Contributivo — [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 15. Traslado: — [ ] A. Mismo Régimen — [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia
- [ ] 17. Reporte del trámite de protección al cesante
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pre- pensionado
- [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
- [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria
- [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico: Femenino Masculino	63. Sexo identificación: F M T NB Otro Cuál	64. Fecha de nacimiento

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado Código	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 72. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [X] 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [X] 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran.
- [X] 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [X] 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- [ ] 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- [ ] 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de documento de identidad	No. de documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad — Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT
- [ ] 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.
- [ ] 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial — Código del municipio — Código del departamento | 93. Nombre de la Institución

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	96. Fir...	...ción	97. Fecha de validación
				30 09 2026

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la ve... ...s contenidas en el capítulo VII del formulario.

SOLICITUD RECIBIDA PARA ESTUDIO
HARLEY ANDRES CASTRO HIGUERA
1.118.544.609
Nombre / Clave Asesor Comercial
EPS SANITAS

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial:
1118544609
HARLEY ANDRES CASTRO HIGUERA

Sticker procesamiento
1118544609

B. REPORTE DE NOVEDADES

Dra. Sabina Valiente Martínez
Especialista en Salud Ocupacional
L.S.O. No. 0539/2013
Universidad del Meta
Celular 310 850 1049 - Tel 624 7950 - Tauramena - Casanare

CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICA

TIPO DE EXAMEN:	1. INGRESO X	2. REUBICACION ☐	3. PERIÓDICO ☐ 4. RETIRO ☐
CIUDAD: TAURAMENA	FECHA: Febrero 19 / 2025		
NOMBRE DEL ASPIRANTE: Valentina Calderon Lezcano			
CÉDULA No: 1.020.493.610	EXPEDIDA EN:		
CARGO A QUE ASPIRA: psicologa	EMPRESA: ESE Hospital local de Tauramena		

RESUMEN

(EXAMEN ORIGINAL Y DETALLADO REPOSA EN LA H.C. DEL PACIENTE)

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

1. Apta
2.

EXÁMENES REALIZADOS

Audiometría ☐	Visiometría ☐	Espirometría ☐	Electrocardiograma ☐

EXÁMENES DE LABORATORIO CLINICO

Cuadro Hemático ☐	Parcial de Orina ☐	Serología ☐	KOH Uñas ☐
Perfil Lipídico ☐	BK ☐	Coprológico ☐	Grupo Sanguíneo ☐
Glicemia ☐		Otros Cuál? ☐	

VACUNAS

F. AMARILLA ☐ TETANO ☐ HEPATITIS B ☐

CONCEPTO DE ACTITUD LABORAL

CONCEPTO PARA INGRESO	TRABAJOS ESPECIALES	CONCEPTO EGRESO
APTO PARA EL CARGO X	ALTURAS SI___ NO___	SATISFACTORIO ☐
NO APTO PARA EL CARGO ☐	ESPACIOS CONFINADOS SI___ NO___	NO SATISFACTORIO ☐
APTO CON RESTRICCIÓN ☐	ALTAS TEMPERATURAS SI___ NO___	VALORACIÓN POR EPS ☐
APLAZADO ☐		

OBSERVACIONES GENERALES: Ninguna

RECOMENDACIONES

USO DE EPP	X	CONTROL PERIÓDICO DE P Y P POR E.P.S.	☐
HIEGIENE POSTURAL DE COLUMNA	☐	CONTROL PERIÓDICO OCUPACIONAL	☐
DIETA HIPOGRASA-HIPOCALORICA	☐	DEJAR HÁBITO DE FUMAR	☐
PAUSAS ACTIVAS	☐	DISMINUIR CONSUMO DE ALCOHOL	☐
EJERCICIO DIARIO	☐		
REMISIÓN A E.P.S			

OTRAS RECOMENDACIONES: Ninguna

INCLUIR EN EL S.V.E.

VISUAL ☐	AUDITIVO ☐	RESPIRATORIO ☐	QUÍMICO ☐	ERGONÓMICO ☐							
CARDIOVASCULAR ☐	PSICOLABORAL ☐	OTROS									
PROTECCIÓN PERSONAL	CS ☐	BT ☐	P.A. ☐	P.R. ☐	P.V. ☐	OVEROL ☐					

Sabina Valiente Martínez
Médico Especialista en Salud Ocupacional
Licencia No. 0539/2013 Meta

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO
TP. 880 0539/2013

Valentina Calderón L.

FIRMA DEL TRABAJADOR
CC 1020493610