ASUNTO: REQUISITOS CONTRATACION VIGENCIA 2026

Los CONTRATISTAS interesados en seguir prestando sus servicios a la ESE, deben presentar los documentos a más tardar el 22 de diciembre, en el siguiente orden:

CONTRATISTAS ADMINISTRATIVOS:

- Propuesta
- Hoja de Vida SIGEP
- Certificado de información de último contrato suscrito SIGEP expedido por Brayan
- Soportes Hoja de Vida
- Copia RUT actualizado (fecha de impresión del mes de diciembre)
- Copia Cedula de Ciudadanía
- Libreta Militar o tener definida la situación militar
- Declaración de Bienes y Rentas
- Declaración de conflicto o no conflicto de intereses
- Certificados de antecedentes (Contraloría, Procuraduría, Policía, Medidas Correctivas) con vigencia inferior a un mes.
- Consulta de inhabilidades por delitos sexuales
- Vacunas (Influenza, F.A.)
- Vacuna Hepatitis B: Se indica la aplicación de 3 dosis, la primera en cualquier momento, la segunda al menos separada 4 semanas de la primera y la tercera separada al menos 8 semanas de la segunda, si la tercer dosis tiene más de 3 años debe aplicarse refuerzo o presentar títulos de anticuerpos.
- Certificados de afiliación (Salud, Pensión, ARL) no se acepta el pago, ni el adres, debe ser el certificado de afiliación
- Formato SARLAF debidamente diligenciado
- Copia carnet vacuna COVID 19 esquema de vacunación completo
- Examen Ocupacional, debe tener vigencia inferior a un año
- Curso de atención psicosocial a víctimas del conflicto armando de 40 horas
- Curso de atención a víctimas de violencia sexual
- Certificado curso función pública de Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG
- Certificado Curso función pública Integridad, Transparencia y Lucha contra la Corrupción
- Formato de Acuerdo de confidencialidad
- Formato de autorización tratamiento de datos personales
- Curso de salud mental

CONTRATISTAS ADMINISTRATIVOS (TRABAJADORES SOCIALES):

- Propuesta
- Hoja de Vida SIGEP
- Certificado de información de último contrato suscrito SIGEP expedido por Brayan
- Soportes Hoja de Vida
- Copia RUT actualizado (fecha de impresión del mes de diciembre)
- Copia Cedula de Ciudadanía

Cúcuta, Septiembre de 2026

Doctor
JESUS EMILIO RINCON VERA
Gerente
ESE Hospital Mental Rudesindo Soto

ASUNTO: PROPUESTA PARA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO **MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR** FORMADOR EN EL TALLER DE FORMACION DE PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD NO ESPECIALIZADOS.

YO **MARIA CAMILA GOMEZ MORALES**, profesional en MEDICINA, ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR, y formada en MhGap por el Ministerio de Salud y Protección Social, como consta en el certificado adjunto, pongo a su consideración mi perfil para la realización de la replica de formación a Talento Humano No especializado, en el que asumo la responsabilidad de:

- Liderar durante 5 días la formación en jornadas de ocho 8 horas cada día. esto se puede flexibilizar garantizando la presencialidad de los mismos participantes por un mínimo de tres días consecutivos, durante los cuales se desarrollan los dos primeros módulos de la GI-mhGAP 2.0: i) Introducción y ii) Prácticas Esenciales de la Atención en Salud, junto con tres (3) módulos más que podrán ser seleccionados (según las prioridades identificadas por los territorios con base en su perfil epidemiológico), entre los ocho (8) módulos correspondientes a los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias psicoactivas, priorizados por la OPS/OMS, a saber los siguientes: "Depresión, Psicosis (incluye episodios psicóticos asociados a esquizofrenia, delirium y trastorno afectivo bipolar), Epilepsia, Trastornos mentales y conductuales de infantes y adolescentes (incluye trastornos del desarrollo –déficit cognitivo y trastornos del espectro autista–, conductuales –trastorno disocial y THDA– y emocionales en población infantil y adolescente), Demencias, Trastornos por uso de sustancias psicoactivas (legales –incluido alcohol– e ilegales), Autolesión/suicidio y Otras quejas o padecimientos importantes en salud mental.
- Realizar el desarrollo de los restantes cinco (5) módulos de la GI-mhGAP 2.0, en un periodo no superior a un (1) mes, en sesiones virtuales sincrónicas (duración de entre 3 y 4 horas para cada sesión, intercalando recesos y actividades grupales que favorezcan la atención y el trabajo colaborativo en cada sesión),
- Realizar seguimiento a la implementación de la réplica durante 6 horas, atendiendo las dudas de los participantes
- Diligenciamiento de los informes que se requieren (Asistencia, pre test, post test) y que son propios de los gestores de Proveedores, entregando una fiel copia de la que se allegue a ministerio al Hospital Mental Rudesindo Soto
- Diligenciar los informes propios del componente 2 Fortalecimiento de Talento Humano y cuidadores de Vida, del Hospital De Referencia.
- Entrega de los soportes físicos derivados de la réplica. (listado de asistencia y formato de entrega de la Guía y afiche)
- Entregar una memoria fotográfica que compile evidencia fotográfica de las acciones realizadas tanto de forma presencial como virtual
- Entregar la evidencia de las horas e seguimiento en el formato que oriente el líder del proceso.

Cordialmente

MARÍA CAMILA GOMEZ MORALES
TP 1090493987

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
Gomez	Morales	Maria Camila

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1090493987	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 27 MES 12 AÑO 1995

PAÍS COLOMBIA

DEPTO BOGOTÁ. D.C.

MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 9 11E 52

PAÍS COLOMBIA DEPTO NORTE DE SANTANDER

MUNICIPIO PAMPLONA

TELÉFONO 3045916706 EMAIL mcagomezm@unbosque.edu.co

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	EDUCACION MEDIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2011

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
POSTGRADO	6	X		ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR	01	2025	1090493987
POSTGRADO	4	X		MAESTRIA EN AUDITORIA Y SISTEMAS DE LA CALIDAD EN SERVICIOS DE SALUD	01	2022	
PREGRADO	12	X		MEDICINA	05	2018	

3 EDUCACION 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
FUNCION PÚBLICA	EDUCACIÓN INFORMAL	20	X		INTEGRIDAD, TRANSPARENCIA Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCION	02	2025
CENTRO DE CAPACITACIÓN NACIONAL MALTES DEL PRADO	EDUCACIÓN INFORMAL	60	X		ATENCIÓN A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GENERO	02	2025
CORPORACION INTERNACIONAL LIDERES LATINOAMETICA	EDUCACIÓN INFORMAL	50	X		FORMACION EN ATENCION Y TRATAMIENTO EN SALUD MENTAL Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y ADICCIONES	07	2026
CORPORACION INTERNACIONAL LIDERES LATINOAMERICA	EDUCACIÓN INFORMAL	60	X		FORMACION EN ATENCION INTEGRAL EN SALUD PARA VICTIMAS DE CONFLICTO ARMADO	07	2026
FUNCIÓN PÚBLICA	EDUCACIÓN INFORMAL		X		MODELO INTEGRADO DE PLANEACION Y GESTION MIPG	07	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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
NORTE DE SANTANDER	CUCUTA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	12	Mes	08	Año	2026	Día	11	Mes	10	Año	2026
3164460912												

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
MEDICO FAMILIAR ESPECIALISTA	SUBGERENCIA DE SALUD	CALLE 22 null null Entre Av 19a y 19b Barrio San José

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	2
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI__ NO __ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento

María Camila Gomez Morales

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS.

UNIVERSIDAD
EL BOSQUE

EN ATENCION A QUE:

MARIA CAMILA GOMEZ MORALES

C.C. No. 1.090.493.987 EXPEDIDA EN CUCUTA

CUMPLIÓ CON LOS REQUISITOS LEGALES Y ACADÉMICOS EXIGIDOS POR LA INSTITUCION.
LE CONFIERE EL TÍTULO DE

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

DADO EN BOGOTÁ D.C., REPÚBLICA DE COLOMBIA, EL DÍA 18 DE JUNIO DE 2025.

RECTOR

DIRECTORA DE POSTGRADOS

PRESIDENTE DEL CONSEJO DIRECTIVO

DIRECTOR DE PROGRAMA

SECRETARIA GENERAL

Código Verificación: [illegible]

Personería Jurídica Resolución No. 11450 del 4 de agosto de 1978 expedida por el Ministerio de Educación Nacional

Diploma No. 40108 Registro No. 40035 Folio No. 2500
Código de Seguridad: [illegible]

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

Por una cultura de la vida, su calidad y su sentido

ACTA DE GRADO

El Consejo Directivo de la Universidad El Bosque, en su sesión del día 18 de junio del año 2025, según consta en el Acta No. 1322 y Acuerdo No. 18425 de la misma fecha estudió y aprobó la solicitud del aspirante a grado, al alumno(a):

MARIA CAMILA GOMEZ MORALES
C.C. No. 1.090.493.987 DE CUCUTA

quien cumplió satisfactoriamente con todos los requisitos académicos y legales exigidos por la Institución, motivo por el cual le otorgó el título de:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

En la Secretaría General de la Universidad, se le hace entrega del Diploma No. 40108, el cual aparece registrado con el No. 40035, al Folio 2500 del Libro de Registro de Títulos de la Universidad, correspondiente al año 2025.

En testimonio de lo anterior, se firma el presente extracto de acta de grado, en Bogotá D.C., a los dieciocho (18) días del mes de junio del año dos mil veinticinco (2025).

MIGUEL RUIZ RUBIANO
Rector

CRISTINA MATIZ MEJÍA
Secretaria General

Código Seguro de Verificación: 3ygf2e1MkvrDoKwt

COPIA DIGITAL - AUTENTICA

República de Colombia

Universidad Simón Bolívar

Reconocida por el Instituto Nacional de Educación Superior
Personería Jurídica Resolución No. [illegible] de noviembre 11 de 1970

Confiere el título de

Magister en Auditoría y Sistemas de la Calidad en Servicios de Salud

a

MARIA CAMILA GOMEZ MORALES

Documento de identificación C.C. No. 1.090.481.587

y en testimonio se expide el presente Diploma en Caracas, a los [illegible] días del mes de [illegible] de 2022 y lo refrendan con las firmas de rigor.

Rector

Secretario General

Decano

06813

ACTA DE GRADO AG-120-129

Cúcuta

En la ciudad de Cúcuta, a los seis (6) días del mes de octubre del año 2022, se efectuó la ceremonia de graduación de:

GOMEZ MORALES MARIA CAMILA
Documento de Identificación Nº 1090493987

Quien ha cumplido los requisitos legales y académicos establecidos para recibir el título.

El grado fue presidido por el Sr. Rector, doctor José Consuegra Bolívar, en ausencia del Decano de la Facultad y actuó como Secretario General la Ingeniera Rosario García González.

Habiéndose tomado el juramento de rigor, se le hizo entrega del diploma correspondiente identificado con el número 47234, que la acredita como:

MAGÍSTER EN AUDITORÍA Y SISTEMAS DE LA CALIDAD EN SERVICIOS DE SALUD

Para constancia se extiende y firma la presente acta.

Firmado: Doctor José Consuegra Bolívar, Rector; Ronald Antonio Prada Pulido, Decano de la Facultad de Administración y Negocios, y Rosario García González, Secretaria General.

El (la) suscrito (a) declara que la presente es copia fiel del acta original de la ceremonia de grados AG-120, en la particular. Registrada en el folio No.86, del libro de diplomas No.45, de la Secretaría General de la Universidad.

Dada en la Universidad Simón Bolívar, a los seis (6) días del mes de octubre de 2022.

ROSARIO GARCIA GONZALEZ
Secretaria General

Cúcuta, octubre 6 de 2022

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141252271831

(415)7707212489984(8020) 000014125227183 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 9 0 4 9 3 9 8 7	7	Impuestos de Cúcuta	

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 9 0 4 9 3 9 8 7	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Norte de Santander 5 4	Cúcuta 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GOMEZ	MORALES	MARIA	CAMILA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Norte de Santander 5 4	Pamplona 5 1 8

41. Dirección principal
CR 9 11 E 52 BRR LOS SAUCES

42. Correo electrónico maricamila9512@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 4 5 9 1 6 7 0 6	3 0 0 4 9 1 7 3 4 3

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
8 6 9 1	2 0 1 8 0 6 3 0	8 6 1 0	2 0 1 8 0 9 0 1			

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
22- Obligado a cumplir deberes formales a

Usuarios aduaneros

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

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2026-05-18 / 06:13:22PM

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 GOMEZ MORALES MARIA CAMILA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 18-05-2026 06:14:20PM

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.090.493.987

GOMEZ MORALES

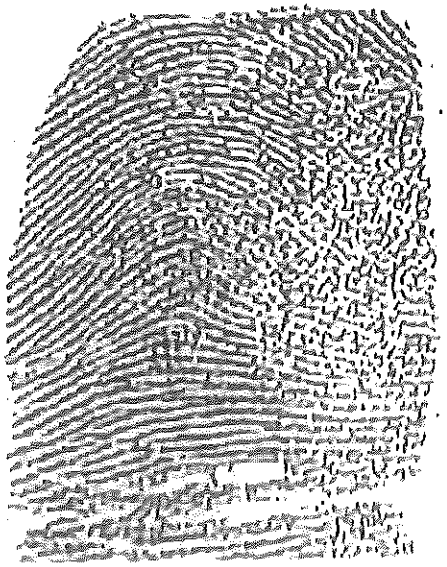
APELLIDOS

MARIA CAMILA

NOMBRES



Powered by CamScanner



FECHA DE NACIMIENTO **27-DIC-1995**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

06-FEB-2014 CUCUTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-2500100-00554678-F-1090493987-20140318 **0037651939A 3** 42359226

Powered by CamScanner

Función Pública

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2026-09-28 11:16

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
MARIA	CAMILA	GOMEZ	MORALES

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1090493987

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	CUNDINAMARCA	Municipio	BOJACÁ

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	NORTE DE SANTANDER	Municipio	CUCUTA

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

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	NORTE DE SANTANDER	Municipio	SAN JOSÉ DE CÚCUTA

Dirección	["Calle 22 Avenida 19B Barrio Santander\r\n"]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$0,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$100.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [ ] No [X]

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [ ]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

[ ]

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 25 de septiembre de 2026, a las 13:26:29, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1090493987
Código de Verificación	109049398726092513 2629

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

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 303691661

PIB
13:14:03

Bogotá DC, 25 de septiembre del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) DARBIN ABRAHAM ESTUPIÑAN RENDON identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1090493187:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 01:00:39 PM horas del 25/09/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1090493987**

Apellidos y Nombres: **GOMEZ MORALES MARIA CAMILA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

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

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 25/09/2026 01:25:12 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1090493987** y Nombre: **MARIA CAMILA GOMEZ MORALES.**

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. **148422206** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 13:22:59 horas del 25/09/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1090493987,** Apellidos y Nombres **GOMEZ MORALES MARIA CAMILA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **E.S.E. HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO**, con NIT **890500810-4** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta

Carné Digital de Vacunación Colombia

Salud

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 0757e370-fe10-43c3-858d-3ed728c623da

Nombres y apellidos / Full name: MARIA CAMILA GOMEZ MORALES

Tipo de identificación / ID Type: CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number: 1090493987

Fecha de nacimiento / Date of birth: 27/12/1995

País nacimiento / Country of birth: COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number: 3045916706

Correo electrónico / e-mail:

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination: Dia / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
TD Adulto	Primera	05	01	2015		D2273	CUCUTA UPREC UNIDAD DE PREVENCION CLINICA	DORA ISABEL CHAPARRO DIAZ
Fiebre Amarilla	Única	05	01	2015		M56051V	CUCUTA UPREC UNIDAD DE PREVENCION CLINICA	DORA ISABEL CHAPARRO DIAZ
TD Adulto	Cuarta	13	01	2016		D2221	PAMPLONA CENTRO AMBULATORIO DE CONSULTA EXTERNA	
TD Adulto	Quinta	21	01	2017		D2284	PAMPLONA CENTRO AMBULATORIO DE CONSULTA EXTERNA	
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	21	01	2017		N3B871V	PAMPLONA CENTRO AMBULATORIO DE CONSULTA EXTERNA	
TD Adulto	Primer Refuerzo	06	08	2018		221501516A	PAMPLONA SOCIEDAD CLINICA PAMPLONA LTDA	CLAUDIA MILENA RODRIGUEZ LIZCA
COVID SINOVAC	Primera	07	04	2021		E202102012	PAMPLONA CENTRO AMBULATORIO DE CONSULTA EXTERNA	LUZ KARYN CASTRO CARRILLO
COVID SINOVAC	Segunda	09	05	2021	Sinovac	C202103045	PAMPLONA CENTRO AMBULATORIO DE CONSULTA EXTERNA	JESUS ALONSO COTE JAIMES
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	25	09	2021		V3B871V	PAMPLONA CENTRO MEDICO INTEGRAL SERVICIOS SALUD SA	CLARA INES BUITRAGO RAMIREZ
COVID MODERNA	Primer Refuerzo	24	11	2021	MODERNA SWITZERLAND GMBH	940877	PAMPLONA CENTRO MEDICO INTEGRAL SERVICIOS SALUD SA	BLANCA NUBIA FERNANDEZ RAMIREZ
COVID MODERNA	Segundo Refuerzo	31	10	2022	Moderna Biotech	066B22-2A	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ENGATIVÁ CALLE 80	YULI MILENA REYES PEÑA
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	14	05	2025	GC BIOPHARMA CORP	V50525006	PAMPLONA CENTRO AMBULATORIO DE CONSULTA EXTERNA	ANYELA DANIELA MONCADA PEÑUELA - CC1193509614 - ACTIVO
Hepatitis A Adultos Particular	Primera	20	11	2025		AHAVC164AJ	SULVEY MARINA CAPACHO SALAZAR	ANA TERESA VILLAMIZAR RIVERA - CC60258677 - ACTIVO
Neumococo Polisacarido Particular	Primera	20	11	2025		Y018990	SULVEY MARINA CAPACHO SALAZAR	ANA TERESA VILLAMIZAR RIVERA - CC60258677 - ACTIVO

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

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

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

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

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

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

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

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

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 0757e370-fe10-43c3-858d-3ed728c623da

Nombres y apellidos / Full name

MARIA CAMILA GOMEZ MORALES

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

1 0 9 0 4 9 3 9 8 7

Fecha de nacimiento / Date of birth

27/12/1995

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

3045916706

Correo electrónico / e-mail

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Dia / Day	Mes / Month	Año / Year				
DPTa Acelular Adulto Particular	Única	20	11	2025		AC37B497AF	SULVEY MARINA CAPACHO SALAZAR	ANA TERESA VILLAMIZAR RIVERA - CC60258677 - ACTIVO
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	05	05	2026	GC BIOPHARMA CORP	V50526002	PAMPLONA CENTRO AMBULATORIO DE CONSULTA EXTERNA	IRMA BRICEYDA CAÑAS DAZA - CC60264385 - ACTIVO

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

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

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

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

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

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

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

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

Nit. 88227603 9

00116186

LABORATORIO CLINICO GARCIA BELTRAN

Wilmer José García Calderón - Bacteriólogo
Avenida 1 No. 15-43 Cons. 711. Centro Medico de Especialistas JERICÓ - Cúcuta
Tel: 5836555 - 3118537104 - 3125060586
gb lab@hotmail.com - www.gblab.com.co

Fecha: 03/07/2020 15:14 SEDE: Principal

Paciente: MARIA CAMILA GOMEZ MORALES **Recepción:** 116186 **Sala:** N/A
Edad: 24 A **Sexo:** F **Identificación:** 1090493987 **Fecha rcp:** 03/07/2020 13:48:11
Teléfonos: 3045916706 **Médico :** N/A
Empresa: Dra. Fanny Peña Jaimes

	Resultado	Valores de referencia

Inmunologia

1 **HEPATITIS B, Anticuerpos S (Anti-HBs) / Titulación de Vacuna**

Titulos de Ac. contra Ag. Sup. HB (Anti-AgHBs)	210.17 mIU/ml
Tecnica	Microelisa

```
Titulo Inmuno-protector - OMS (vacunación): > 10 mIU/ml

Titulos                 Dosis Refuerzo
0-10      mIU/ml        Inmediata
10-100    mIU/ml        6-12 meses
101-200   mIU/ml        > 12 meses
201-1000  mIU/ml        3-5 años
```

2 **Varicela Zoster Virus, Anticuerpos IgG (VZV-G)**

Varicela - Herpes Zoster Virus: Anticuerpos Ig G	0.677
Interpretación	Positivo
Tecnica	Microelisa

```
          > 0.404: Positivo
0.300 - 0.403: Indeterminado
          < 0.299: Negativo
```

Wilmer José García Calderón

Escaneado con CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampion Rubéola	Única	17-9-18	Sanofi 0127702	[illegible]
Fiebre amarilla	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
VPH	1			
	2			
	3			
Anti rábica	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Influenza	Anual			
Otras				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	(4)	13 Ene-2016 D2272		
	5	Ene. 2017		
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	13	Ene-2016	M7062	
	25 Sept	2021	V3887V	
Virus de Papiloma Humano				

Escaneado con CamScanner

VacunorteIPS

Su segura protección

Nombres	María Camila
Apellidos	Gomez Morales
Documento de identidad	C.C. X T.I. PASA PORTE No. 1090493987 faltan
Fecha de Nacimiento	Día: 27 Mes: 12 Año: 1995

Escaneado con CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	31/Oct/14	AHBVC353AC	
	2	10/Dic/14	1434019	
	3	23-Junio/15	1434019	

Escaneado con CamScanner

Certificado internacional de la vacunación o de la profilaxis

Certifico que

Mans Camila Comez

Fecha de Nacimiento | Sexo | Nacionalidad

07-12-1995 | F | Colombia

Documento nacional de identificación

1010 993 982

Vacuna o profilaxis | Fecha | Firma y sello del profesional que administra la vacuna o la profilaxis

FA | 05-01-2015 | Cecilia Restrepo

Clave Nueva aparecer a continuación:

LA

En la fecha indicada las arriba mencionada ha recibido la vacuna o profilaxis

Fiebre amarilla

de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional

Vacuna o profilaxis | Certificado válido hasta | Sello oficial y firma del funcionario

Sanofi | 05-01-2025 | [illegible]

Certificado de Vacunación

Institución: CENTRO DE SALUD
Nombre: MARIA CAMILA GOMEZ MORALES
Identificación: 1076493987 Tel: 3015716

Vacuna	Dosis	Fecha de Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
[illegible]	1	20/11/25	[illegible]	[illegible]
[illegible]	1	20/11/25	[illegible]	[illegible]

Vacuna	Dosis	Fecha de Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
DPT	UNICA	20/11/25	[illegible]	[illegible]

Vacunado en Ruta

Rudesindo Soto	FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO PERSONAS NATURALES Y JURIDICAS SARLAFT E.S.E HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO DE CUCUTA	VERSION: 01	EDICIÓN:
			PÁGINA 1 DE 3

Fecha de Diligenciamiento: 25 / 9 / 2026 | Ciudad: Cucuta | Tipo de solicitud: Nuevo [x] Renovación [ ] Actualización [ ]

Clase de vinculación con la UEN: Contratista [X] Proveedor servicios de salud [ ] Proveedor de suministros [ ] Otro [ ]

1. PERSONA NATURAL

Apellidos	GOMEZ MORALES	Nombres	MARIA CAMILA
CC [X] CE [ ] TI [ ] RC [ ] Otro [ ] No	1090493987	Fecha de Nacimiento	27 12 1995
Lugar de Nacimiento	BOGOTA	Nacionalidad	Colombiana
Ocupación/ Oficio	CONTRATISTA		
Profesión	MEDICO	Teléfono	
Celular	3045916706 - 3004917343		
Dirección Residencia	CARRERA 9 NUMERO 11 E -52	Municipio	PAMPLONA
Ingresos Mensuales	$ 10.000.000,00	Egresos Mensuales	$ 3.000.000,00
Activos (pesos)		Pasivos (pesos)	
Patrimonio (pesos)	$ 100.000.000,00	Otros ingresos (pesos)	$ -
Concepto Otros Ingresos			

2. PERSONA JURÍDICA

Nombre o Razón Social		NIT	DV
Tipo de Empresa: Pública [ ] Privada [ ] Mixta [ ]	Sector de la Economía		CIIU
Tipo de contribuyente: Régimen simplificado [ ] Régimen Común [ ] Grandes Contribuyentes [ ] Otras entidades [ ]			
Fecha de constitución en Cámara de Comercio		Correo electrónico empresarial	
Oficina Principal Dirección		Municipio	Teléfono
Sucursal/agencia Dirección		Municipio	Teléfono
Representante Legal			
CC [ ] CE [ ] TI [ ] RC [ ] Otro [ ] No		Fecha de Nacimiento	

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

ID	Número ID	NOMBRES Y APELLIDOS	¿por su actividad o cargo administra recursos	¿por su actividad o cargo ejerce algún grado de	¿por su actividad o cargo goza de reconocimiento	¿Esta obligado a declaración tributaria en otro país(es)? Cuáles
			SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	
			SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	
			SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	
			SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	
			SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	

Ingresos Mensuales	$ -	Egresos Mensuales	$ -
Activos (pesos)	$ -	Pasivos (pesos)	$ -
Patrimonio (pesos)	$ -	Otros ingresos (pesos)	$ -
Concepto Otros Ingresos			

3. PERSONAS PUBLICAMENTE EXPUESTAS - PEP

¿Por su cargo maneja recursos públicos?	SI [ ]	NO [X]
¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público?	SI [ ]	NO [X]
¿Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público general?	SI [ ]	NO [X]
¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta?	SI [ ]	NO [X]
¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países?	SI [ ]	NO [X]

4. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

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

Origen: PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO

5. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza operaciones en moneda extranjera? SI [ ] NO [x] Importaciones [ ] Exportaciones [ ] Inversiones [ ] Transferencias [ ] Otra [ ]

Indique otras operaciones:

¿Posee productos financieros en el exterior? SI [ ] NO [x] ¿Posee cuentas en moneda extranjera? SI [ ] NO [X]

Tipo de producto	Identificación del producto	Número del producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

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

Con el diligenciamiento de este formato declaró que no me encuentro en ninguna lista restrictivida de las establecidas a nivel nacional o internacional en lo referente al lavado de activos o financiación del terrorismo; así mismo declaro que mis empleados, accionistas, miembros de la junta directiva o junta de socios, representantes legales y revisor fiscal (en caso de tenerlo), tampoco se encuentren reportado en ellas y así mismo genero el compromiso de actualizar la información cuando hubieren casos y reportaria a su organización.

7. CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

Con la suscripción de este documento autorizo a la E.S.E HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO DE CUCUTA a:

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

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

Declaro que los recursos utilizados para el cumplimiento de las obligaciones mi cargo, objeto de esta declaratoria no provienen ni provendrán de actividades ilícitas tales como el narcotráfico, terrorismo y financiamiento del terrorismo, lavado de activos, testaferrato, trafico de estupefacientes o delitos contra el orden constitucional, o que de alguna manera contrarien las leyes de la republica, la moral o las buenas costumbres. Igualmente se genera un compromiso con la E.S.E HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO DE CUCUTA para implementar las acciones conducentes a evitar ser utilizados sin conocimiento o con consentimiento como instrumento para el ocultamiento, manejo, inversión o aprovechamiento en cualquier forma de dinero u otros bienes provenientes de actividades delictivas o para dar apariencia de legalidad a estas actividades,por lo que se genera autorización para realizar las respectivas revisiones necesarias en las difernetes bases de datos

Como parte de las Políticas SARLAFT LA E.S.E HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO DE CUCUTA, podrá terminar de manera unilateral e inmediata los contratos que tenga consu entidad cuando el cliente, sus socios o sus acicionistas y/o sus administradores llegaren a ser:

1. vinculados por parte de las autoridades competentes a cualquier tipo de investigación por delitos de narcotráfico, terrorismo y finanicación del terrorismo, lavado de activos, testaferraato, tráfico de estupefacientes o delitos contra el orgen constitucional.
2. Sea incluído en listas para el control de lavado de activos y financiación del terrorismo administradas por cualquier autoridad nacional o extranjera.
3. Sea condeando por parte de las autoridades compententes en cualquier tipo de proceso jidiciao ralcionado con la comisiónd e delitos de igual o similar naturazleza a los indicados en esta clausula.

Quien suscibe este documento, indemnizará y mantendrá libre de cualquier daño a la E.S.E HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO DE CUCUTA por cualquier multa o perjuicio que fueran probados y que sufra la E.S.E HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO DE CUCUTA por parte del suscriptor de las obligaciones que le apliquen en materia de prevención de riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo, así como cualquier reclamo judicial, xtrajudicial y/o administrativo que autoridades competentes inicien en contra de la E.S.E HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO DE CUCUTA por o en ocasión de dicho incumplimiento. De igual manera el Cliente se compromete a dar las explicaciones a que hubiere lugar originadas por el mencionado incumplimiento a LA E.S.E HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO DE CUCUTA y a los terceros que este le indique.

8. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1. Fotocopia de documento de identidad de la persona natural o persona jurídica [ ]
2. Fotocopia del documento de identidad del representante legal [ ]
3. Certificado de existencia y representación legal con vigencia no superior a dos meses para personas juridicas [ ]

9.FIRMA Y HUELLA

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

Huella

María Camila Gomez Morales

FIRMA PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL

10. INFORMACIÓN RESERVADA PARA LA ENTIDAD

Recopilación y verificación de información	☐ La cédula coincide con el nombre suministrado ☐ La cédula coincide con el nombre suministrado
Verificó en las siguientes listas	☐ Lista emitida por el Concejo de Seguridad de las Naciones Unidas: ONU ☐ Lista SDN personas y empresas sancionadas por el Gobierno de EEUU ☐ Lista de los más buscados por Interpol ☐ Lista Antecedentes Judiciales Policía ☐ Lista FBI ☐ Otras

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

ENCARGADO DE RECOPILAR LA INFORMACIÓN		ENCARGADO DE VERIFICAR LA INFORMACIÓN	
NOMBRE		NOMBRE	
TD Y NUMERO		TD Y NUMERO	
CARGO		CARGO	
EXTENCIÓN		EXTENCIÓN	
FECHA	HORA	FECHA	HORA

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.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO.

MINSALUD GOBIERNO DE COLOMBIA

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Maria Camila

Apellidos: Gómez Ramos

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No 1090493187

Fecha de Nacimiento: Día. 27 Mes. 12 Año. 1995

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	07-04-2021	SINOVAC	E202102012	H.S.J.D.	Lic Karin Castro.	60443764
	2	09-05-21	Sinovac	C202103045	H.S.J.D	Jeuicote	88030398
		14-11-21	Moderna	040477	CMI	Juan David	1007107673

Escaneado con CamScanner

nueva eps

CERTIFICA

El(La) Señor(a) MARIA CAMILA GOMEZ MORALES identificado(a) con CC 1090493987 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	**01/09/2017**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CENTRO MEDICO INTEGRAL SERVICIOS DE SALUD S.A**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 10 días del mes de agosto del año 2026.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MARIA CAMILA GOMEZ MORALES** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1090493987**, se encuentra afiliado/a desde **05/09/2018** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 10 de agosto de 2026.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Hacienda

CER_AFI_2026029880735

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

MARIA CAMILA GOMEZ MORALES identificado con CC. 1090493987 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

Nombres y/o Razón Social	UNIVERSIDAD DE PAMPLONA	**Tipo y Numero de Documento**	NI - 890501510

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL

Fecha de Inicio de Cobertura	2026/01/09	**Tipo de Vinculación**	Dependiente
Estado de Afiliación	Activa	**Fecha Retiro**	No registra
Clase de Riesgo	1	**Código Actividad Económica**	1854301

Esta certificación se expide a los 30 días del mes de julio del 2026.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC30072026N1090493987A20517971.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

Dr. Edinson Arrieta
Especialista en Gerencia y Seguridad en el Trabajo

Dr. EDINSON ARRIETA FLORIÁN

Consultorio 101 - Clínica Pamplona
Cel. 3133695843 - 3214118299
E-mail. edixon2304@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 11.429

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
29 DÍA	07 MES	2026 AÑO	PAMPLONA (NORTE DE SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	CONSULTA OCUPACIONAL DE INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES CONTADO	HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO

CIIU (Actividad Económica) del empleador: SIN REGISTRAR

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

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
GOMEZ MORALES MARIA CAMILA	FEMENINO	30 AÑOS 7 MESES 1 DÍAS	CC (Tipo)	1090493987 (Número)

Cargo: FORMADOR DE MHGAP

EPS	AFP	ARL
NUEVA EPS	COLPENSIONES	POSITIVA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CUMPLE

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : CONTROLES CON NUTRICION-ORTOPEDIA-ENDOCRINOLOGIA Y FISITRIA EN SU EPS	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	SVE VISUAL	CONTROL DE PESO
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	NO ALZAR PESO MAYOR DE : 15 KG	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
	INFORMAR ACCIDENTES O INCIDENTES EN EL TRABAJO	HACER DEPORTE
	ACUDIR A CONTROLES MÉDICOS	DIETA BALANCEADA
		CONSUMIR FRUTAS Y VERDURAS
		AUMENTAR INGESTA DE AGUA
		REALIZAR ACTIVIDADES LÚDICAS Y/O RECREATIVAS
		LAVADO DE MANOS
		SE RECOMIENDA A LA EMPRESA Y/O INSTITUCIÓN VERIFICAR VALIDEZ DEL CERTIFICADO A TRAVÉS DEL CÓDIGO QR.

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

Médico

Edinson Arrieta Florido
Médico Especialista SST
LSO-002810/2018
RM- 54989

Firma:

Nombre: CC: 1085168249 - EDINSON ARRIETA

R. M.: 54989 L.S.O.: 002810

Código de Seguridad
T679Z1F11429

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: GOMEZ MORALES MARIA CAMILA

CC: 1090493987

Corporación Internacional Líderes Latinoamerica

NIT: 830.086.471-6

Hace constar que:

MARIA CAMILA GOMEZ MORALES

C.C. - No. 1090493987

Cursó y aprobó los estudios correspondientes al:

CURSO
FORMACION EN ATENCION INTEGRAL EN SALUD PARA VICTIMAS DE CONFLICTO ARMADO

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Siendo una formación propia, con una intensidad de Sesenta (60) horas.

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (24) días del mes de julio del año 2026

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional de Colombia
Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección de Colombia

Beatriz Eugenia Ramos Suaza
Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Critico
Rehabilitación Cardiopulmonar y
Certificación AHA como proveedor en salud

Luis Carlos Prada Prada
Director
Corporación Internacional Líderes

VALIDAR CERTIFICADO

La validez del documento también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo academico@cillatinoamerica.com.co

Verifica tu certificado

NIT: 901251240-6

MALTÉS DEL PRADO
Centro de Capacitación Nacional

Certifica que

María Camila Gómez Morales

CÉDULA DE CIUDADANIA
1090493987

Asistió y cumplió satisfactoriamente las actividades y objetivos del curso

Atención a Victimas de Violencia Sexual y de Género

Cumpliendo con los lineamientos del decreto 1011, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de calidad de la atención en salud la Resolución 123, que modifica el artículo 2 de la Resolución que deben cumplir los prestadores de servicios, y la circular externa 056 cumpliendo lo exigido en la Resolución 3100 de 2019 Ministerio de la Protección Social.

Con una intensidad de: 60hr 0min 0sec

Fecha de entrega: February 25, 2025

Validez por dos años
a partir de la fecha de entrega.

Guillermo Oeding DIRECTOR CIENTIFICO Médico
especialista en medicina crítica y cuidado intensivo
Master en cuidados paliativos

Jorge Isaac Alvarez B.
Director Ejecutivo- instructor AHA

Función Pública | mipg modelo integrado de planeación y gestión

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

Maria Camila Gomez Morales

C.C 1.090.493.987

Participó y completó con el Módulo de Fundamentos Generales del curso virtual

Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 31 de julio 2026

Luz Daifenis Arango Rivera
Directora de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 7611488553206

Nota: la "Constancia de Participación" emitida a quienes completan satisfactoriamente los módulos correspondientes, no certifica horas académicas por cuanto el Departamento Administrativo de la Función Pública no es una institución educativa y su naturaleza de Departamento Técnico no le permite emitir certificaciones de formación en los términos del Decreto 1072 de 2015".

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual
Función Pública certifica que:

Maria Camila Gomez Morales

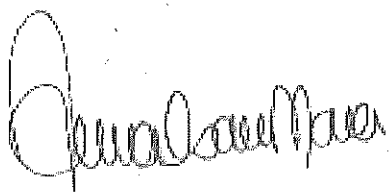
C.C. 1.000.493.057

Participó y completó el curso virtual:

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 04 de marzo 2025



Aura Isabel Mora
Directora de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano

Código: 7659558905000

DIPLOMA DE APROBACIÓN

Toda información administrativa o asistencial que se defina como confidencial y/o sensible deber objeto de reserva buscando garantizar la privacidad y seguridad de la misma. Lo anterior en cumplimiento de la resolución 1995 de 1999 del ministerio de salud y la ley 599 de 2000.

CONSIDERANDO QUE:

Yo Maria Camila Gomez Morales, identificado(a) con cedula de ciudadanía No. 1090493987 expedido en Cucuta actuando en nombre propio o representación legal de (para persona jurídica) _____ vinculado a la ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO en calidad de CONTRATISTA quien en adelante me identificaré como EL COLABORADOR y/o PARTE RECEPTORA de la información.

Entiendo y acepto las siguientes condiciones, compromisos, derechos y deberes, relacionados con el desarrollo de sus actividades y que, en tal razón, la ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO debe suministrarle información confidencial, propia y de terceros, en forma verbal o escrita, y que desea proteger dicha información de la forma estipulada en el presente Acuerdo y en consideración de las mutuas obligaciones y estipulaciones que se incluyen aquí, las partes de común acuerdo establecen las siguientes:

CLAUSULAS

PRIMERO. DEFINICIONES CONCEPTUALES: Los términos utilizados en el texto del presente Acuerdo se deberán entender en el sentido corriente y usual que ellos tienen en el lenguaje técnico correspondiente o en el natural y obvio según el uso general de los mismos, a menos que se especifique de otra forma en el presente Acuerdo. Los términos en mayúscula tendrán el significado que se les asigna a continuación:

A) **INFORMACIÓN CONFIDENCIAL.** Se entiende como **Información Confidencial**, para los efectos del presente acuerdo:
   1. Toda aquella información no divulgada almacenada en cualquier medio físico y electrónico referente, entre otros, a Información de servidores, archivos, infraestructura tecnológica, acceso a expedientes, documentos de LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO o de terceros que en el desarrollo de las funciones se le otorgue a EL RECEPTOR.
   2. La información que no sea pública y sea conocida por EL RECEPTOR con ocasión del desarrollo de sus actividades durante el ejercicio de sus funciones en LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO.
   3. Cualquier información técnica, jurídica, financiera, comercial, de proveedores, de pacientes, de mercado, estratégica, de productos, nuevas tecnologías, patentes, modelos de utilidad, diseños industriales, modelos de negocios y/o cualquier otra relacionada, y/o cualquier otro relacionado con la estructura organizacional, bien sea que la misma sea escrita, oral o visual, o en cualquier forma tangible o no, incluidos los mensajes de datos (en la forma definida en la ley), de la cual, EL RECEPTOR tenga conocimiento o a la que tenga acceso por cualquier medio o circunstancia en virtud de las reuniones sostenidas y/o documentos suministrados o conocida en el ejercicio de sus funciones.
   4. La que corresponda o deba considerarse como tal para garantizar el derecho constitucional a la intimidad, la honra y el buen nombre de las personas y deba guardarse la debida diligencia en su discreción y manejo en el desempeño de sus funciones.
   5. Toda información consignada en la Historia Clínica de los pacientes y sus anexos.

   En síntesis, se define como INFORMACIÓN CONFIDENCIAL cualquier información escrita, oral, visual, por medios electrónicos o digitales de propiedad de LA ESE o sobre la cual detente algún tipo de derecho. Se entenderá incluida en la Información Confidencial cualquier copia de la misma, que comprende, pero no se limita a todo tipo de información, notas, datos, análisis, conceptos, hojas de trabajo, compilaciones, minutas, formatos, comparaciones, estudios, resúmenes, registros preparados para o en beneficio de la Parte Receptora (según se define posteriormente) que contengan o de alguna forma reflejen dicha información.

B) **PARTE REVELADORA:** Se constituye en Parte Reveladora la ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO o sus Representantes, y/o quien que suministre información por cualquiera de los mecanismos previstos en este Acuerdo.

C) **PARTE RECEPTORA y/o EL RECEPTOR:** Se constituye en PARTE RECEPTORA el COLABORADOR o sus dependientes, sus sustitutos o ayudantes quienes tendrán acceso a la información con ocasión de su labor o por exposición inusitada de la misma a su conocimiento, previa solicitud de autorización a la Parte Reveladora, para los fines del objeto contractual.

D) **COLABORADOR**: Quien reciba información y tenga vínculo contractual, legal o de cualquier tipo con LA ESE.

E) **LA ESE:** Referido a las Partes de este Acuerdo, significará los funcionarios, directores, administradores, empleados, agentes, contratistas, subcontratistas y asesores de LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO, de su controladora o de cualquier compañía filial, subsidiaria o que esté controlada por ella o bajo control común de esa Parte, incluyendo a título enunciativo, sus abogados, auditores, consultores y asesores financieros independientes que tengan necesidad de enterarse de la Información Confidencial para el desarrollo del objeto del presente acuerdo y están obligados frente a la EMPRESA a proteger la confidencialidad de la información revelada.

SEGUNDO. OBJETO DE LA CONFIDENCIALIDAD. La información conocida en ejercicio de sus funciones de tipo, comercial, técnica o de cualquier tipo de naturaleza confidencial, reservada o secreta, así como cualquiera de los otros canales utilizados para ello, será mantenida en estricta confidencialidad, solo pudiendo ser revelada de acuerdo a una orden directa de Gerencia o por orden de autoridad judicial o administrativa.

Por lo tanto, EL RECEPTOR se obliga a no revelar, divulgar, copiar, exhibir, mostrar, comunicar o compartir, utilizar y/o emplear la información conocida, para fines distintos a lo netamente laboral y/o contractual y a no usar en provecho propio o de terceras personas la información que pueda tener acceso durante el desarrollo de la relación LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO, en consecuencia se exige a mantenerla de manera confidencial y privada y a protegerla para evitar su divulgación, ejerciendo el mismo grado de control que utilizaría para proteger su propia información confidencial.

EL RECEPTOR no proporcionará o compartirá INFORMACIÓN CONFIDENCIAL internamente a otros procesos o cargos que por sus funciones no les corresponda tener acceso a esta información. LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO puede disponer libremente de toda su información y material confidencial, por lo que EL

RECEPTOR no tendrá ninguna autoridad para ejercer cualquier derecho o privilegios en lo que concierne a la información perteneciente exclusivamente a LA ESE, bajo custodia por o asignada conforme a este acuerdo y las leyes colombianas.

TERCERO. EXCEPCIONES. Se exceptúan de lo anterior los siguientes eventos:

A) La información sea o se haya convertido en información de dominio público con anterioridad a la fecha en la cual hubiere sido entregada. Si la información se hace de dominio público durante el plazo del presente acuerdo, por un hecho ajeno a EL RECEPTOR, este conservará su deber de reserva sobre la información que no haya sido afectada, obligándose además a no reproducir aquella ya expuesta.
B) La información haya sido recibida lícitamente de un tercero que tenga derecho de proporcionarla, siempre que la reciba libre de cualquier restricción.
C) Ser revelada con la aprobación previa y escrita de LA ESE.
D) Cuando la revelación y/o divulgación de la información se realice en desarrollo o por mandato de una ley, decreto o sentencia y orden de autoridad competente en ejercicio de sus funciones u obligaciones legales. En este caso, la parte obligada a divulgar la información confidencial se obliga a avisar inmediatamente haya tenido conocimiento de esta obligación a la otra parte de este convenio, para que pueda tomar las medidas necesarias para proteger su información confidencial, y de igual manera se compromete a tomar las medidas necesarias para atenuar los efectos de tal divulgación.

CUARTO. SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN. La información conocida de cualquier tipo que sea sensible debe ser mantenida de manera confidencial y privada, protegiendo dicha información para evitar su divulgación y/o circulación no autorizada, ejerciendo sobre éste el mismo grado de diligencia que utiliza para proteger información de este tipo que tenga bajo su custodia, tomando para ello todas las medidas necesarias de cuidado. EL RECEPTOR no hará ninguna duplicación u otra copia de la INFORMACIÓN CONFIDENCIAL. EL RECEPTOR devolverá inmediatamente se le solicite por parte de LA ESE o a la finalización de la relación entre las partes por cualquier causa, todo material confidencial que se le haya solicitado y entregado; EL RECEPTOR notificará a LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO cualquier descubrimiento y/o desarrollo que haya hecho, considerándose esto, como parte de la INFORMACIÓN CONFIDENCIAL.

QUINTA. DERECHOS DE AUTOR. Los derechos patrimoniales de autor sobre las obras creadas por EL RECEPTOR en ejercicio de sus funciones u obligaciones legales o con ocasión de ellas pertenecen a LA ESE. Todo lo anterior sin perjuicio de los derechos morales de autor que permanecerán de acuerdo a las normas que regulen la materia o que se haya pactado inicialmente.

Las creaciones intelectuales sobre los soportes lógicos (software) y afines, los descubrimientos e invenciones, las adaptaciones y nuevas versiones y las mejoras en los mismos o en sus procedimientos, manuales y/o material auxiliar, así como todos los trabajos y consiguientes resultados de las actividades del trabajador, incluyendo aquellos de que trata el Artículo 539 del Código de Comercio, quedaran de la propiedad o titularidad exclusiva de LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO en cuanto a derechos patrimoniales.

La entrega de la Información Confidencial no concede ni implica licencias AL RECEPTOR, bajo ninguna marca comercial, patente, derechos de autor, secreto comercial o cualquier otro derecho de propiedad intelectual.

DURACIÓN O PLAZO. Este compromiso de confidencialidad y no divulgación de la información estará vigente mientras tenga vigencia la información o revista algún tipo de relevancia judicial, administrativa y/o mediática. En caso de que las partes den por terminada sus relaciones, sin importar la causa de dichas relaciones, no las exime de cumplir con las obligaciones a su cargo establecidas en el presente acuerdo.

SEXTA. SANCIONES. El incumplimiento de divulgar la información conocida en la parte tanto asistencial como en la parte administrativa, o que tuvo la disposición de extraer información dará lugar al inicio de acciones disciplinarias establecidas en la ley o normas vigentes y que regulen la materia, sin perjuicio de las acciones administrativas, civiles y penales según corresponda que pueda iniciar LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO.

SÉPTIMA. PROHIBICIÓN DE CESIÓN: Este Acuerdo de Confidencialidad debe beneficiar y comprometer a las Partes y no puede ser cedido, vendido, asignado, ni transferido, bajo ninguna forma y a ningún título.

OCTAVA. LEY APLICABLE: El presente Acuerdo se regirá e interpretará de conformidad con las leyes de la República de Colombia y quedarán excluidas las reglas de conflictos de leyes que pudiesen remitir el caso a las leyes de otra jurisdicción.

En consecuencia, de lo anterior el presente compromiso se firma a los 25 días del mes de SEPTIEMBRE del año 2026.

Nombre legible: Maria Camila Gomez Morales

Tipo y No. De identificación: 1090493987

Tipo de vinculación: Orden de Prestación de Servicios

María Camila Gomez Morales

Firma de la persona que lo suscribe

Huella Digital

	ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO		
Rudesindo Soto	**FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**	CONTRATACION	
		CODIGO: MA-GJ-CO-F-02	
		Versión	01
		Página	1 de 1

De conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente a la Empresa Social del Estado Hospital Mental Rudesindo Soto, para que realice la recolección, verificación y tratamiento de mis datos personales que suministro de manera veraz y completa, los cuales serán utilizados en función de la misionalidad de la entidad y cada uno de sus procesos.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección, verificación y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos y el Manual de Tratamiento de Datos personales que se encuentran publicados en la página web institucional, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento y la posibilidad que tenía de no efectuar la autorización en aquella información considerada sensible.

Manifiesto que, como titular de la información, fui informado de los derechos con que cuento como titular de la información, especialmente a conocer, actualizar y rectificar mi información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales podré ejercer a través del correo electrónico hosmentalcucuta@hotmail.com, y presencialmente en la subgerencia administrativa de la ESE.

Se suscribe en el municipio de Cúcuta, el día __25___ de _____septiembre_____ de____2026_____.

Firma del Titular de los datos: María Camila Gomez Morales

Nombre: MARIA CAMILA GOMEZ MORALES

Cédula: 1090493987 de Cúcuta

Correo electrónico: maricamila9512@gmail.com

Celular: 3045916706

Corporación Internacional Líderes Latinoamerica

NIT: 830.086.471-6

Hace constar que:

MARIA CAMILA GOMEZ MORALES

C.C. - No. 1090493987

Cursó y aprobó los estudios correspondientes al:

CURSO

FORMACION EN ATENCION Y TRATAMIENTO EN SALUD MENTAL Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y ADICCIONES

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Siendo una formación propia, con una intensidad de Cincuenta (50) horas.

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (24) días del mes de julio del año 2026

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional de Colombia
Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección de Colombia

Beatriz Eugenia Ramos Suaza
Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Critico
Rehabilitación Cardiopulmonar y
Certificación AHA como proveedor en salud

Luis Carlos Prada Prada
Director
Corporación Internacional Líderes

VALIDAR CERTIFICADO

La validez del documento también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo academico@cillatinoamerica.com.co