	HOSPITAL CASTILLA LA NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NIT 900.004.059-7			
Hospital ESE CASTILLA LA NUEVA	LISTA DE VERIFICACION HOJAS DE VIDA			
	CÓDIGO	FECHA	VERSIÓN	Documento Controlado
	TH-F-04	17-02-2020	08	Página 1 de 1

MUNICIPIO DE CASTILLA LA NUEVA

NOMBRE Y APELLIDOS: JULIE MARLEN SANABRIA TORRES FECHA DE VERIFICACIÓN: 01/10/2026

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

NOMBRE DE QUIEN VERIFICA Daniel Rodriguez

Castilla La Nueva - Meta, el 01 de octubre de 2026

Dra.:
KAREN DAYANNA CALVO AGUIRRE
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO
Hospital de Castilla la Nueva E.S.E.

Ref. **PROPUESTA PARA PROCESO DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS 2026-364**

Cordial saludo,

JULIE MARLEN SAAVEDRA TORRES, quien se identifica con 1.121.879.538 expedida en Guamal – Meta, está interesado en enviar una PROPUESTA para un contrato de prestación de servicios, cuyo objeto ***"PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA GARANTIZAR EL REGISTRO, CONTROL, ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN CONTABLE Y LA ESTRUCTURACIÓN DE INFORMES OBLIGATORIOS ANTE LOS ORGANISMOS DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE LA E.S.E. HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA."***de acuerdo a los requerimientos y calidades establecidas por la entidad.

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

1.1. PLAZO DE EJECUCIÓN: El plazo de ejecución será de **DOS (2) MESES Y VEINTICINCO (25) DIAS** , contados a partir de la fecha de suscripción del Acta de Inicio por parte del SUPERVISOR y EL CONTRATISTA, previo el cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y legalización del contrato.

1.2. VALOR TOTAL DEL CONTRATO: Una vez analizada las condiciones contractuales en cuanto el Objeto contractual, las obligaciones generales y específicas, y por esto, la cantidad de tiempo físico que me tomará brindarle mis servicios al HOSPITAL para suplir la necesidad, establezco como valor por la prestación de mis servicios la suma de: **ONCE MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS ($11.735.667) M/CTE.**

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

El Hospital de Castilla La Nueva E.S.E cancelará el valor del contrato de la siguiente forma: UN VALOR MENSUAL por concepto de HONORARIOS, vencido, igual y sucesivo por valor de **CUATRO MILLONES CIENTO CUARENTA Y DOS MIL PESOS ($4,142,000) M/CTE**, y/o proporcional por fracción de tiempo ejecutado, siempre y cuando se cumpla con el objeto del contrato, previa presentación del informe de actividades desarrolladas, la respectiva factura de venta y/o cuenta de cobro, certificación de pago de aportes al SGSSS y aportes parafiscales, y la certificación de cumplimiento por el supervisor del contrato. **PARÁGRAFO PRIMERO:** El CONTRATISTA deberá acreditar que se encuentra al día en el pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social Integral en Salud, Pensión y riesgos laborales, de conformidad con el parágrafo 1° del artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, y la Ley 1562 de 2012 y el Decreto 723 de 2013. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** A la cuenta se le harán los descuentos de ley y el valor neto obtenido se pagará previos los trámites administrativos establecidos por la entidad. El HOSPITAL efectuará las deducciones a que haya lugar sobre cada pago, de conformidad con lo dispuesto en la legislación vigente sobre la materia. En todo caso, los pagos antes previstos estarán sujetos al Programa Anual de Caja (PAC), de la entidad. Una vez aceptada la cuenta el HOSPITAL cuenta con diez (10) días para el desembolso efectivo. **PARAGRAFO TERCERO:** El pago será cancelado por medio de la Tesorería Hospital, a través de la consignación en cuenta corriente o de ahorros que el contratista señale en una de las entidades financieras afiliadas al sistema automático de pagos y/o cheque de acuerdo a la solicitud por parte del contratista, previos los descuentos de ley. **PARÁGRAFO CUARTO:** EL HOSPITAL, sólo adquiere obligaciones con el proponente favorecido en el proceso de contratación y bajo ningún motivo o circunstancia aceptará pagos a terceros.

1.4. OBLIGACIONES ESPECÍFICAS A DESARROLLAR POR EL CONTRATISTA:

El CONTRATISTA será responsable y se obliga a: **1.** Asesorar a la Gerencia en el proceso presupuestal y contable. **2.** Asesorar contablemente a EL HOSPITAL, en el cumplimiento de la normatividad vigente, aplicando los principios de contabilidad pública. **3.** Apoyar los procesos del sistema de información integrado en los siguientes módulos: a) módulo de tesorería, b) módulo de facturación, c) módulo de contratación, d) módulo de almacén y farmacia, e) módulo de nómina, g) módulo de presupuesto. Con actividades como auditorias y conciliaciones mensuales entre diferentes áreas. **4.** Liquidación, diligenciamiento y prestación mensual de la obligación tributaria de retención en la fuente. **5.** Trabajo en conjunto con el asesor de cartera por la revisión y conciliación de saldos de cuentas por cobro entre cartera, facturación y contabilidad. **6.** Realizar registros por causaciones de órdenes pendientes de pago del mes. **7.** Revisión y Conciliación de cuentas por pagar. **8.** Realizar registros por causaciones de órdenes pendientes de pago del mes. **9.** Registro de notas contables y ajustes correspondientes. **10.** Verificar el giro de cheques, transferencias y conciliar bancos mediante el sistema contable. **11.** Verificar el proceso de generación y contabilización de las Nóminas mensuales.**12.** Revisar en el sistema contable todos los documentos generados por el área financiera Egresos, Recibos de Caja, Notas de contabilidad, consignaciones entre otros para la generación del Balance de Prueba con los soportes físicos. **13.** Elaboración Estados Financieros Comparativos con los requerimientos de la Súper Intendencia Nacional de salud, para ser publicados. **14.** Liquidación de Prestaciones Sociales entre ellas, Vacaciones, prima de vacaciones, bonificación especial de recreación, Bonificación por Servicios prestados, Prima de Navidad del personal del Centro de Salud. **15.** Consolidar, revisar y cargar los diferentes informes contables a los diferentes entes de control a los que está sujeto el HOSPITAL. **16.** El CONTRATISTA aplicará los principios de la contabilidad pública a los procesos administrativos que desarrolle la entidad, asesorando y ajustándolos. **17.** El CONTRATISTA asesorará a las demás dependencias de la entidad en temas contables, por lo que pondrá a disposición los canales de comunicación como correo electrónico, WhatsApp, y llamada telefónica, con resolución pronta y oportuna. **18.** EL CONTRATISTA presentará informes de las actividades desarrolladas en ejecución del presente contrato. Realizando dicho informe con detenimiento, consignando información verídica de la ejecución del período contractual a informar **19.** EL CONTRATISTA realizará la consolidación, revisión, ajustes, y cargue de los informes contables de la vigencia 2025. **20. CUMPLIR LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS PARA EL DISEÑO Y/O IMPLEMENTACION DE LOS DIFERENTES SISTEMAS DE GESTIÓN Y PLANES DE MEJORAMIENTO. 21.** Las demás que se deriven de la naturaleza del contrato y que garanticen su cabal y oportuna ejecución. **22.** El CONTRATISTA entiende que presta los servicios a una entidad pública que participa directamente en la garantía del derecho fundamental a la salud, de igual forma, entiende que el HOSPITAL busca la humanización del servicio para cumplir con objetivos de acreditación y mejora significativa del servicio, por lo que debe el CONTRATISTA poner a disposición del servicio, las actitudes correctas que permitan representar los valores de la entidad. El contratista pondrá en práctica los criterios positivos de actitud frente al paciente y su familia y, en el ambiente profesional en el lugar en donde presta sus servicios. Estos criterios serán evaluados por el SUPERVISOR. **23.** Las demás que se deriven de la naturaleza del contrato y que garanticen su cabal y oportuna ejecución.

2. ANEXOS:

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

1. Hoja de vida según formato del Hospital.

Cordialmente,

JULIE MARLEN SAAVEDRA TORRES
C.C. No. 1.121.879.538 expedida en Guamal – Meta.
Dirección: Carrera 35, N 14ª-41, Apartamento 202, Acacias – Meta.
Teléfono: 319-544-7778 Email: julisaavedrat@gmail.com

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
SAAVEDRA	TORRES	JULIE MARLEN

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1121879538	F ⊗ M ○ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 05 MES 08 AÑO 1991	CARRERA 14N 23A 2 MANZANA C CASA 2			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	META
DEPTO	META	MUNICIPIO	ACACÍAS		
MUNICIPIO	ACACÍAS	TELÉFONO	3195447778	EMAIL	julisaavedrat@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	12	AÑO	2007
										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	10	X		CONTADURIA PUBLICA	04	2015	209274-T

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

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

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	*B*	*MB*	*R*	*B*	*MB*	*R*	*B*	*MB*
INGLÉS	X				X		X		

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* ACACÍAS						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	01	*Año*	2025	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL "CONTADOR PUBLICO	*DEPENDENCIA* ADMINISTACION Y CONTABILIDAD						*DIRECCIÓN* DIAGONAL 15 26 21					
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL DE CUBARRAL			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* CUBARRAL						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3195447778	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	06	*Año*	2023	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL "CONTADOR PUBLICO	*DEPENDENCIA* ADMIN. FINANCIERA Y CONTABLE						*DIRECCIÓN* CALLE 10 5 23					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS E.S.E.			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* ACACÍAS						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6560160	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	06	*Mes*	09	*Año*	2018	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL EN CONTADURIA	*DEPENDENCIA* GERENCIA						*DIRECCIÓN* DIAGONAL 15N 26 21 Barrio San Jose					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* ACACÍAS						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6560160	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	09	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL "CONTADOR PUBLICO	*DEPENDENCIA* ADMINISTACION Y CONTABILIDAD						*DIRECCIÓN* DIAGONAL 15 26 21					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* ACACÍAS						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3195447778	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	03	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL "CONTADOR PUBLICO	*DEPENDENCIA* ADMINISTACION Y CONTABILIDAD						*DIRECCIÓN* DIAGONAL 15 26 21 barrio san josé					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* ACACÍAS						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3195447778	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	01	*Año*	2024	*Día*	29	*Mes*	02	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL "CONTADOR PUBLICO	*DEPENDENCIA* ADMINISTACION Y CONTABILIDAD						*DIRECCIÓN* DIAGONAL 15 26 21					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* ACACÍAS						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6560160	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	05	*Año*	2023	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL "CONTADOR PUBLICO	*DEPENDENCIA* ADMINISTACION Y CONTABILIDAD						*DIRECCIÓN* DIAGONAL 15 26 21					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* ACACÍAS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6560160	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	01	*Año* 2023	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL "CONTADOR PUBLICO	*DEPENDENCIA* ADMINISTACION Y CONTABILIDAD					*DIRECCIÓN* DIAGONAL 15 26 21						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* ACACÍAS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6560160	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	07	*Año* 2022	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL "CONTADOR PUBLICO	*DEPENDENCIA* ADMINISTACION Y CONTABILIDAD					*DIRECCIÓN* DIAGONAL 15 26 21						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* ACACÍAS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3195447778	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	03	*Mes*	01	*Año* 2022	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL "CONTADOR PUBLICO	*DEPENDENCIA* ADMINISTACION Y CONTABILIDAD					*DIRECCIÓN* DIAGONAL 15 26 21						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* ACACÍAS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6560160	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	10	*Año* 2021	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* DIAGONAL 15N 26 21 Barrio San José						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* ACACÍAS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6560160	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	07	*Año* 2021	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FINANCIERA					*DIRECCIÓN* DIAGONAL 15N 26 21 BARRIO SAN JOSÉ						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* ACACÍAS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6560160	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	01	*Año* 2021	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FINANCIERA					*DIRECCIÓN* DIAGONAL 15N 26 21 BARRIO SAN JOSÉ						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS ESE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* ACACÍAS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	11	*Año* 2019	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CONTABILIDAD					*DIRECCIÓN* DIAGONAL 15N 26 21 Barrio San José						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E HOSPITAL LOCAL DE CUBARRAL			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* CUBARRAL					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6564040	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	12	*Mes*	08	*Año* 2020	*Día*	27	*Mes*	12	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CONTABILIDAD Y					*DIRECCIÓN* CALLE 10N 19 18						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL LOCAL CUBARRAL			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* CUBARRAL					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3203450528	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	12	*Mes*	05	*Año* 2020	*Día*	11	*Mes*	08	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CONTABILIDAD / FINANCIERA					*DIRECCIÓN* CALLE 10N 19 18 BARRIO SAN LUIS BELTRAN.						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL SAN ANTONIO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO VAUPÉS	*MUNICIPIO* MITÚ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 5642197	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	29	*Mes*	10	*Año* 2019	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FINANCIERA					*DIRECCIÓN* CALLE 13 15 127						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS E.S.E.			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* ACACÍAS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6560160	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	06	*Mes*	09	*Año* 2018	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* GERENCIA					*DIRECCIÓN* DIAGONAL 15N 26 21 Barrio San Jose						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SOCIEDAD DE INGENIEROS CONTRATISTAS RAMO ELECTRICO SINCREL S.A.S			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6849922	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	03	*Mes*	10	*Año* 2017	*Día*	04	*Mes*	09	*Año*	2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA* GERENCIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 39B 24 21 MZ C CASA 25						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SOCIEDAD DE INGENIEROS CONTRATISTAS RAMO ELECTRICO SINCREL S.A.S			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6849922	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	03	*Mes*	10	*Año* 2017	*Día*	09	*Mes*	02	*Año*	2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* GERENCIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 39B 24 21 MZ C CASA 25						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ORGANIZACION SANITAS INTERNACIONAL			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4871920	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	20	*Mes*	06	*Año* 2016	*Día*	29	*Mes*	09	*Año*	2017	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ANALISTA DE CONTABILIDAD II	*DEPENDENCIA* CONTABILIDAD					*DIRECCIÓN* CALLE 100N ° 11 B - 67						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA MARTHA SA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6814994	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	25	*Mes*	11	*Año* 2015	*Día*	27	*Mes*	05	*Año*	2016	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ANALISTA CONTABILIDAD IMPUESTO	*DEPENDENCIA* GERENCIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 36 35 09 Barzal						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIOS EMPRESARIALES INTEGRALES CONSULTORES SAS			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3153902901	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	02	*Año* 2011	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CONTABILIDAD					*DIRECCIÓN* CARRERA 11N 13A 29 TAMAGUAVI					

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	7	10
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	9
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	8	10
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

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.

Castilla la Nueva

Ciudad y fecha

Karl Giraldo Peña

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Función Pública

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

Tipo de declaración	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2026-07-23 12:46

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
JULIE	MARLEN	SAAVEDRA	TORRES

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	1121879538

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	META	GUAMAL

Lugar de domicilio

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	META	ACACÍAS

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

Lugar de sede

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	META	CASTILLA LA NUEVA

Dirección	["carrera 10 No.4-43 barrio centro"]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	$96.082.000,00
Otros ingresos y rentas	$15.088.000,00
TOTAL	$111.170.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$1.058.562,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
CARRO	COLOMBIA	META	ACACÍAS	$75.338.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
VARIOS	$8.337.000,00

1.2. PARTICIPACION 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 [X] No [ ]

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 [X]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
VICTOR	HUGO	CACERES	CAMACHO

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 17420030

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3 INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

2.4 OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5 DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6 POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

Castilla la Nueva-Meta, a los 1 de **OCTUBRE** de **2026**

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

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

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

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

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

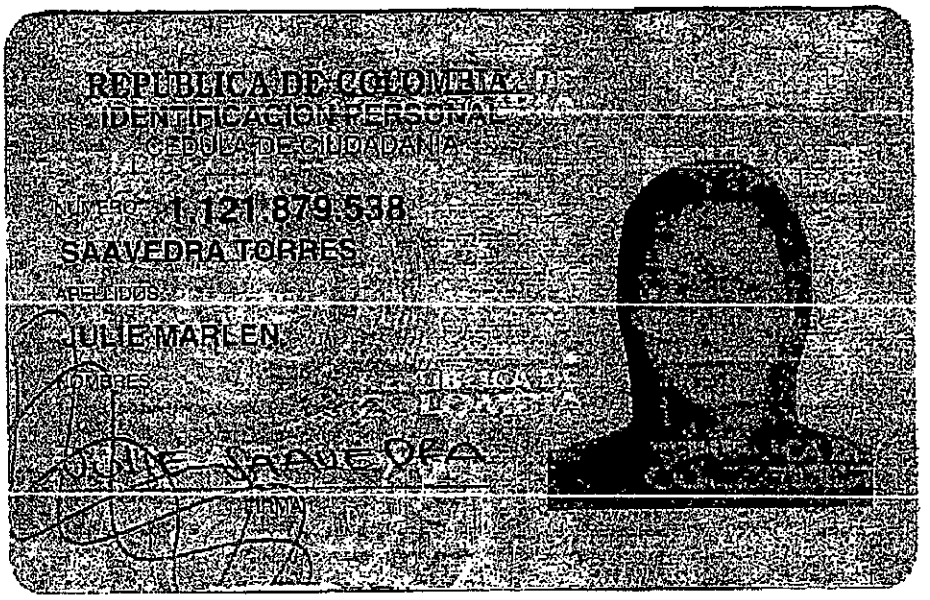
TENGA EN CUENTA:

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

Firma, _____

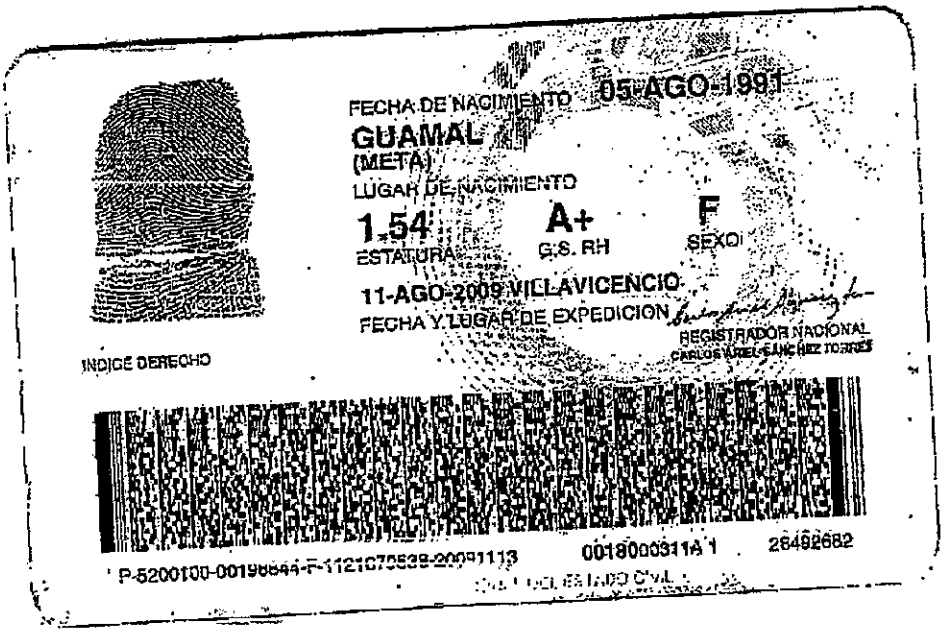
Nombre: **JULIE MARLEN SAAVEDRA TORRES**

Cédula: **1.121.879.538**



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.121.879.538
SAAVEDRA TORRES
APELLIDOS
JULIE MARLEN
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 05-AGO-1991
GUAMAL
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.54 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO
11-AGO-2009 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
0018000311A 1 26492682

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141209587489

(415)7707212489984(8020) 000014120958748 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 1 2 1 8 7 9 5 3 8	3	Impuestos y Aduanas de Villavicencio	2 2	

IDENTIFICACIÓN

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

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SAAVEDRA	TORRES	JULIE	MARLEN

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal
CR 14 23 A MZ C CA 2

42. Correo electrónico JULISAAVEDRAT@GMAIL.COM

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 9 5 4 4 7 7 7 8	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
6 9 2 0	2 0 1 5 1 1 1 1	4 9 2 2	2 0 2 1 0 1 0 1					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 5 4 9

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros	Exportadores
54. Código	55. Forma / 56. Tipo / Servicio 1 2 3 / 57. Modo / 58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2025-09-20 / 10:12:14AM

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 SAAVEDRA TORRES JULIE MARLEN
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 0ab8fca6-d88e-4d3d-9985-e9ca703b9f23

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

Nombres y apellidos / Full name: **JULIE MARLEN SAAVEDRA TORRES**

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

Número de identificación / ID Number: **1121879538**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **05/08/1991**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3195447778**

Correo electrónico / e-mail: **NOTIENECORREO6@HOTMAIL.COM**

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination Dia / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
TD Adulto	Primera	12	03	2015		024B2011B	EPS SANITAS CENTRO MÉDICO VILLAVICENCIO	
TD Adulto	Segunda	15	04	2015		024L3002B	EPS SANITAS CENTRO MÉDICO VILLAVICENCIO	
TdaP Acelular Gestante	Anual	19	05	2015		AC37B155AA	EPS SANITAS CENTRO MÉDICO VILLAVICENCIO	
TD Adulto	Tercera	17	10	2015		D2222	EPS SANITAS CENTRO MÉDICO VILLAVICENCIO	
COVID SINOVAC	Primera	10	03	2021	Sinovac	A2021010044	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE CUBARRAL	FRANCISCO CASTILLO
COVID SINOVAC	Segunda	07	04	2021	Sinovac	E202102011	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE CUBARRAL	DIANA ISADORA ORTIZ HERNANDEZ
TD Adulto	Cuarta	13	07	2021		2339X026A	HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS ESE	DEIDA ALEXANDRA CESPEDES
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	13	07	2021		V50221006	HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS ESE	DEIDA ALEXANDRA CESPEDES
COVID MODERNA	Primer Refuerzo	07	01	2022	Moderna Biotech	005H21A	HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS ESE	BLANKY MARLUBY SANCHEZ ESPITIA
COVID PFIZER	Segundo Refuerzo	12	01	2023	PFIZER	PCB0019	HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS ESE	JESSIKA MAGDALENA ORDOÑEZ NAVARRO
Fiebre Amarilla	Única	20	02	2025	Bio-Manguinhos/FIOCRUZ	23K0315	HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS ESE	OLGA LUCIA PARRADO HERNANDEZ - CC40428434 - ACTIVO
Sarampión Rubéola	Adicional	20	02	2025	Serum	0094W001	HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS ESE	OLGA LUCIA PARRADO HERNANDEZ - CC40428434 - ACTIVO

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

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

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

El 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 Mnistery 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.

SERVICIOS GENERALES DE SALUD OCUPACIONAL
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
MACONDO S.A.S
ACACIAS

NIT: 900839534-8
Dir: Carrera 17 # 12-02 Esquina. Barrio Centro
Cel: 315 487 6633
Correo: so.macondo.sas@gmail.com
Acacias, Meta

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 11.473

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
05 DÍA	01 MES	2026 AÑO	ACACÍAS (META, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO 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	PARTICULARES

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	
SAAVEDRA TORRES JULIE MARLEN	FEMENINO	34 AÑOS 5 MESES 1 DÍAS	CC (Tipo)	1121879538 (Número)

Cargo: **CONTADORA**

EPS	AFP	ARL
SANITAS	PROTECCION	POSITIVA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)

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:

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS EN OSTEOMUSCULAR ✓	OPTOMETRIA PARTICULAR ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : ASTIGMATISMO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
		CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Dra. Claudia Diazgranados E.
Especialista en Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo
FUAA Resolución 9755 / 2025

Firma:

Nombre: CC: 57460961 - CLAUDIA YOLIMA DIAZGRANADOS

R. M.: 50 9590 **L.S.O.:** 9755/2025

Código de Seguridad
Y107E1K11473

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: SAAVEDRA TORRES JULIE MARLEN

CC: 1121879538

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

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

CERTIFICA

Que Julie Marlen Saavedra Torres, identificado(a) con CC número 1121879538, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1121879538
NOMBRES Y APELLIDOS	Julie Marlen Saavedra Torres
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	05/08/1991
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	02/04/2008
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	285 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	17 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/12/2017
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1121879538 JULIE MARLEN SAAVEDRA TORRES Desde 01/11/2023 - Vigente

Generado por interfaces

24/09/2026

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

Protección

Una empresa sura

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **SAAVEDRA TORRES JULIE MARLEN** identificado(a) con **CC** número **1.121.879.538** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 16 de abril de 2010 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 24 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**

POSITIVA

GRUPO BICENTENARIO

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

JULIE MARLEN SAAVEDRA TORRES identificado con CC. 1121879538 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE			
Nombres y/o Razón	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE		
Tipo y Numero de Documento	NI - 900004059		
INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/10/06	**Fecha inicio contrato**	2026/10/05
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/12/31
Riesgo	3	**Código actividad económica**	3861001 - Actividades de hospitales y clinicas, con internacion, comprende las actividades que consisten principalmente en
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	2026/12/31	**Estado del contrato**	Activa

Esta certificación se expide a los 5 días del mes de octubre del 2026.

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

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC05102026N1121879538A23446565.** Este código es válido por un mes.

CER_AFI_2026032890222

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

FORMATO COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Yo, **JULIE MARLEN SAAVEDRA TORRES** identificado con cédula de ciudadanía No **1121879538** expedida en **VILLAVICENCIO**, en mi condición de PROPONENTE (Representante Legal o Persona Natural), me obligo a cumplir con el objeto del presente documento, por ello, entiendo y acepto las siguientes condiciones, compromisos, derechos y deberes, relacionados con: **PRIMERA - COMPROMISO:** EL PROPONENTE, quien para los efectos del presente documento se denominará PARTE RECEPTORA se obliga a no divulgar a terceras partes, la "Información confidencial", que reciba por parte del HOSPITAL, que para los efectos del presente documento se denominará PARTE REVELADORA, de igual forma, se obliga a darle a dicha información el mismo tratamiento que le darían a la información confidencial de su propiedad. Para efectos del presente compromiso, "Información Confidencial" comprende toda la información divulgada por la PARTE REVELADORA, ya sea en forma oral, visual, escrita, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible y que se encuentre claramente marcada como tal al ser entregada a la parte receptora. **SEGUNDA - OBJETO:** El presente compromiso de confidencialidad y no divulgación de la información, tiene por objeto señalar y especificar las políticas de confidencialidad que debe cumplir LA PARTE RECEPTORA, respecto del acceso, consulta y uso de la información confidencial que produce y administra LA PARTE REVELADORA. Por lo tanto, quien suscribe el presente documento se obliga a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, comunicar, utilizar y/o emplear la información conocida o entregada por la parte reveladora, para fines distintos al cumplimiento del objeto del contrato a celebrar con el HOSPITAL.**TERCERA - CONOCIMIENTO EXCLUSIVO:** La parte receptora se obliga a mantener de manera confidencial la información suministrada de la institución que reciba de la PARTE REVELADORA y no la revelará a terceros, de tratarse de una empresa o comerciante, deberá compartirla únicamente con el equipo de trabajo y asesores que tengan la necesidad de conocer dicha información para los propósitos autorizados, y quienes deberán estar de acuerdo en mantener de manera confidencial dicha información. **CUARTA - USO EXLUSIVO:** La PARTE RECEPTORA se obliga a utilizar la Información confidencial recibida, únicamente para el desarrollo el objeto del contrato suscrito con la PARTE REVELADORA. **QUINTA - RESPECTO A LOS DATOS PERSONALES:** Para el caso del manejo de información que incluya datos personales, la PARTE RECEPTORA dará estricto cumplimiento a las disposiciones constitucionales y legales sobre la protección del derecho fundamental de HABEAS DATA, en particular lo dispuesto en el artículo 15 de la Constitución Política y la ley 1581 de 2012 y las disposiciones internas de la entidad **SEXTA – OBLIGACIÓN DE RESPONDER POR LOS DAÑOS:** En caso de que la PARTE RECEPTORA incumpla parcial o totalmente con las obligaciones establecidas en el presente compromiso éste será responsable de los daños y perjuicios que dicho incumplimiento llegase a ocasionar a la PARTE REVELADORA. **SEPTIMA – CLAÚSULA PENAL:** Independientemente de la cláusula anterior, La PARTE RECEPTORA por el cumplimiento del presente ACUERDO deberá pagar como cláusula penal el valor equivalente a CUATRO (4) SMLMV. PARÁGRAFO: El presente ACUERDO presta mérito ejecutivo por sí mismo, como garantía del cumplimiento o el incumplimiento. **NOVENA – VIGENCIA:** La vigencia del presente compromiso será indefinido y permanecerá vigente mientras exista la información en manos de la PARTE RECEPTORA.

En consecuencia, de lo anterior, el presente compromiso se firma a los **PRIMERO** (**1**) días del mes de **OCTUBRE** del _____.

LA PARTE RECEPTORA (Firma)

Nombre. **JULIE MARLEN SAAVEDRA TORRES**

CC No. **1121879538**

Nit. No. _____

Empresa_____

LA PARTE REVELADORA (Firma)

MARTHA LUCIA HERRERA RIOS

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

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

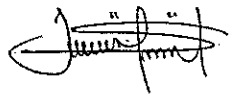
Yo[1] **JULIE MARLEN SAAVEDRA TORRES** quien me identifico con cedula **1121879538** expedida en **VILLAVICENCIO**, por medio del presente y de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015, la Ley 1918 de 2018 y el Decreto 753 de 2019, AUTORIZO libre, expresa e inequívocamente al HOSPITAL, para que realice la consulta, verificación, recolección y tratamiento de mis datos personales, que suministro de manera veraz y completa, los cuales serán utilizados para los diferentes aspectos relacionados con la CONTRATACIÓN de la Entidad.

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

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

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

La presente autorización se expide con fecha **1 DE OCTUBRE DE 2026.**



Firma: _____

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:30:56 PM horas del 24/09/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1121879538**

Apellidos y Nombres: **SAAVEDRA TORRES JULIE MARLEN**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

DIJIN

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

Todos los derechos reservados.

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 303601087

PIB
12:25:07

Bogotá DC, 24 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) JULIE MARLEN SAAVEDRA TORRES identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1121879538:

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.

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 jueves 24 de septiembre de 2026, a las 12:27:20, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1121879538
Código de Verificación	1121879538260924122720

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

(https://www.policia.gov.co,

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 24/09/2026 01:15:50 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1121879538** y Nombre: **JULIE MARLEN SAAVEDRA TORRES.**

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. **148346486** . 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 12:53:23 horas del 24/09/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1121879538,** Apellidos y Nombres **SAAVEDRA TORRES JULIE MARLEN**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **Hospital Castilla la Nueva**, con NIT **900004059-0** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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

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 1121879538 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 24/09/2026 02:39 PM

Código Verificación: **8LTN2GM4J9**

Válida hasta: **24/12/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

BBVA

Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

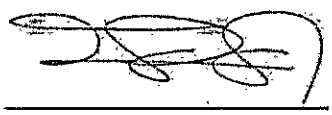
Que nuestro(a) cliente JULIE MARLEN SAAVEDRA TORRES, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1,121,879,538 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 296197189 aperturada el 24 de febrero de 2022 cuenta ACTIVA y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, el 24 de septiembre de 2026.

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

Cuenta de 10 dígitos:	0296197189
Cuenta de 16 dígitos:	0296000200197189
Cuenta de 20 dígitos:	00130296000200197189

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

República de Colombia
Ministerio de Comercio Industria y Turismo

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

209274-T



JULIE MARLEN
SAAVEDRA TORRES
C.C. 1121879538
RESOLUCION INSCRIPCION 754
UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS

FECHA 11/11/2015

DIRECTOR GENERAL

OSCAR EDUARDO FUENTES PEÑA

223244

211921

Esta tarjeta es el unico documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la ley 43 de 1990.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX: 644 44 50 o devolverla a la UAE - Junta Central de Contadores a la calle 96 No. 9A - 21 Bogota D.C.

www.ideqs.com

La República de Colombia

y en su nombre

La Institución Educativa

"José María Córdoba"

Guamal - Meta

Aprobada por la Secretaria de Educación del Departamento del Meta,
según Resolución Nº 4469 del 19 de Noviembre de 2007

Confiere a:

Julie Marlen Saavedra Torres

Identificado (a) con T.I. Nº 910805-03615 de Guamal

El Titulo de

Bachiller Técnico

Profesional en Gestión Contable y Financiera

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de
Educación Media Técnica, según los planes y programas vigentes

Rector (a) Secretario (a)

Anotado en el control interno del Plantel
en el Acta General de Graduación Nº 106

Dado en Guamal - Meta, a 06 de DIC de 2007

No se requiere registro de la Secretaria de Educación, según decretos Nº 421
del 6 de Mayo de 1994, expedido por el Ministerio de Educación Nacional,
y 2150 del 5 de Diciembre de 1995, Presidencia de la República.

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

INSTITUCION EDUCATIVA
JOSÉ MARÍA CÓRDOBA

Guamal Meta

Jornada Mañana

321806 — INSCRIPCION S.E
150318000249 — INSCRIPCION DANE

En la ciudad de GUAMAL, META, a los seis (06) dias del mes de Diciembre de 2007, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de ultimo grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoria de la **INSTITUCION EDUCATIVA JOSE MARIA CORDOBA DE GUAMAL,** Institución Aprobada hasta **NUEVA VISITA** en el Nivel de Educación Media Académica y Técnica y autorizada por el **GOBIERNO DEPARTAMENTAL DEL META,** para otorgar el Titulo de Bachiller Técnico, segun Resolucion No **4469** del **19** de **Noviembre** de **2007.**

Comprobada la situacion legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron los estudios correspondientes al Nivel de Educacion Media Técnica, se procedió a otorgar el

TITULO DE
BACHILLER TECNICO CON ESPECIALIDAD EN GESTIÓN CONTABLE Y FINANCIERA

al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identificación se relacionan a continuación

SAAVEDRA TORRES JULIE MARLEN

Identificado (a) con T.I. 910805-03615 GUAMAL

Es fiel copia tomada del Acta Original General No 106, de fecha 06 de Diciembre del año 2007, que consta de Veinte (20) alumnos, que comienza con el nombre de ANGARITA CHACON MAYERLI y que se cierra con el nombre de VANEGAS OLARTE LUISA FERNANDA

Firmada Por

LIC JAIRO CHAVEZ ROJAS, Rector y
VICTORIA ZUÑIGA DE ACOSTA, Secretaria

Dada en Guamal, a los 06 dias del mes de diciembre de 2007.

Firmada y Sellada

Rector
LIC. JAIRO CHAVEZ ROJAS
C.C. 17411[illegible] DE ACACIAS

Secretaria
VICTORIA ZUNIGA DE ACOSTA
C.C. 21 207 [illegible] DE GUAMAL

NOTA: SEGUN DECRETO No 1024 DEL 15 DE ABRIL DE 1982 NO REQUIERE AUTENTICACION DE FIRMAS

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
Y EN SU NOMBRE

LA UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS

CONFIERE EL TÍTULO DE

CONTADOR PÚBLICO

A

Julie Marlen Saavedra Torres

C. C. Nº 1.121.879.538 de Villavicencio

QUIEN CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS
EN TESTIMONIO DE ELLO OTORGA EL PRESENTE DIPLOMA

Nº 423

EN LA CIUDAD DE VILLAVICENCIO, A LOS
24 días del mes de abril de 2015

Rector

Decano

Secretario General

Registro 191 Libro 6 Folio 8

8702

UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS

ACTA DE GRADO No. 423

EN VILLAVICENCIO, A LOS **24** DÍAS DEL MES DE **ABRIL** DE **2015**, SIENDO LAS **16:00** HORAS, EN CEREMONIA PRESIDIDA POR EL RECTOR DE LA UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS Y CONSIDERANDO QUE:

JULIE MARLEN SAAVEDRA TORRES

C.C. No. **1121879538** EXPEDIDA EN **VILLAVICENCIO**

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE CON TODOS LOS REQUISITOS EXIGIDOS POR LA UNIVERSIDAD, RESUELVE OTORGAR EL TÍTULO DE:

CONTADOR PÚBLICO

PROGRAMA CON CÓDIGO DEL SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR –SNIES- No. 51749

PREVIO JURAMENTO DE RIGOR SE HIZO ENTREGA DEL DIPLOMA CORRESPONDIENTE No 423 REGISTRO No.171 EN EL LIBRO DE DIPLOMAS No. 6 AL FOLIO 8.

EN TESTIMONIO DE LO ANTERIOR SE FIRMA LA PRESENTE ACTA DE GRADO.

RECTOR

SECRETARIO GENERAL

DECANO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

7 3 2 4 A C 6 E 1 B B C 8 3 6 0

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **JULIE MARLEN SAAVEDRA TORRES** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1121879538 de VILLAVICENCIO (META) Y Tarjeta Profesional No 209274-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS * * *

	HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACÍAS E.S.E NIT. 892.000.264 – 4		
	PROCESO GESTIÓN JURÍDICA		
	FORMATO DE CONTRATACIÓN		
	Fecha: 09/04/2024	Código: GJ-SP1-FR-05	Versión: 04

SUBPROCESO: CERTIFICADO DE CONTRATOS.

LA OFICINA DE CONTRATACIÓN DEL HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACÍAS E.S.E

CERTIFICA QUE:

Verificados los archivos que reposan en la oficina de contratación, la contadora **JULIE MARLEN SAAVEDRA TORRES**, identificada con la cedula de ciudadanía No. 1.121.879.538, celebro con el HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS E.S.E. los siguientes contratos de prestación de servicios profesionales:

OBJETO			
PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN CONTADURIA PARA EL HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS E.S.E.			
No. CONTRATOS	**FECHA DE SUSCRIPCION**	**VALOR**	**TIEMPO**
664 de 2018	06 de septiembre de 2018	$7.690.000	02 meses y 20 días
796 de 2018	01 de diciembre de 2018	$2.884.000	01 mes
080 de 2019	01de enero de 2019	$2.884.000	01 mes
115 de 2019	01 de febrero de 2019	$5.768.000	02 meses
243 de 2019	01 de abril de 2019	$25.956.000	09 meses
080 de 2020	02 de enero de 2020	$8.652.000	90 días
239 de 2020	02 de mayo de 2020	$2.884.000	29 días
360 de 2020	01 de julio de 2020	$17.304.000	06 meses
107 de 2021	01 de enero de 2021	$19.200.000	06 meses
395 de 2021	01 de julio de 2021	$9.600.000	03 meses
101 de 2022	03 de enero de 2022	$22.547.000	05 meses y 28 días
404 de 2022	01 de julio de 2022	$22.800.000	06 meses
099 de 2023	02 de enero de 2023	$15.200.000	03 meses y 29 días
327 de 2023	01 de mayo de 2023	$15.200.000	04 meses
544 de 2023	01 de septiembre de 2023	$15.200.000	04 meses
114 de 2024	02 de enero de 2024	$8.512.000	01 mes y 28 días
188 de 2024	01 de marzo de 2024	$25.536.000	06 meses
612 de 2024	02 de septiembre de 2024	$17.024.000	120 días
086 de 2025	02 de enero de 2025	$17.024.000	03 meses y 29 días

Para constancia se firma en la ciudad de Acacias (Meta), el diecinueve (19) de marzo de 2025.

Claudia Milena Betancourt Agudelo
Auxiliar administrativo – Oficina de contratación
contratacion@hospitaldeacacias.gov.co

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL LOCAL CUBARRAL
NIT. 900.048.040-7
Cel. 320 345 0528

LA AUXILIAR ADMINISTRATIVA DE LA
E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE CUBARRAL

CERTIFICA

Que la señora **JULIE MARLEN SAAVEDRA TORRES**, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.121.879.538 expedida en Villavicencio (Meta), presta sus servicios en la E.S.E. Hospital Local de Cubarral, de acuerdo a los contratos que se relaciona a continuación:

No. CONTRATO	OBJETO	PLAZO EJECUCION	FECHA INICIO	FECHA FINALIZACION	VALOR DEL CONTRATO
041 de 2020	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UN CONTADOR PUBLICO COMO APOYO A LA GESTION CONTABLE Y FINANCIERA DE LA E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE CUBARRAL	03 meses	12/05/2020	11/08/2020	5.100.000
079 de 2020	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UN CONTADOR PUBLICO COMO APOYO A LA GESTION CONTABLE Y FINANCIERA DE LA E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE CUBARRAL	03 meses	13/08/2020	27/12/2020	9.000.000
010 de 2021	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UN CONTADOR PUBLICO COMO APOYO A LA GESTION CONTABLE Y FINANCIERA DE LA E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE CUBARRAL	06 meses	15/01/2021	04/07/2021	12.000.000
039 de 2023	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UN CONTADOR PUBLICO COMO APOYO A LA GESTION CONTABLE Y FINANCIERA DE LA E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE CUBARRAL	04 meses y 15 días	13/04/2023	12/07/2023	10.350.000

077 de 2023	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UN CONTADOR PUBLICO COMO APOYO A LA GESTION CONTABLE Y FINANCIERA DE LA E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE CUBARRAL	03 meses y 27 días	04/09/2023	31/12/2023	8.970.000
014 de 2024	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UN CONTADOR PUBLICO COMO APOYO A LA GESTION CONTABLE Y FINANCIERA DE LA E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE CUBARRAL	05 meses 8 días	09/01/2024	15/06/2024	12.036.667

Se expide a solicitud de la interesada, a los cinco (05) días del mes de Julio del año 2023.

MARIA ANGELICA PINTOE ENCISO
Auxiliar Administrativo

SOCIEDAD DE INGENIEROS
CONTRATISTAS RAMO ELECTRICO S.A.S.
NIT 892.002.708 - 1 INGENIERÍA ESPECIALIZADA

CERTIFICACIÓN

La suscrita directora del Sistema de Gestión Integral **KELLY ALEXANDRA ARDILA** de la ., con **NIT 892.002.708 –1**, se permite certificar que la señora **JULIE MARLEN SAAVEDRA TORRES** identificada con cédula de ciudadanía 1.121.879.538 expedida en Villavicencio Meta labora en la empresa en el cargo de **CONTADOR,** mediante un contrato de prestación de servicios desde el 3 de Octubre de 2017 hasta la fecha, con una remuneración por servicios de tres millones de pesos ($ 3.000.000,00) mensuales.

La presente se expide a solicitud del interesado el día 09 de febrero de 2018.

KELLY ALEXANDRA ARDILA
C.C. 1.116.861.441 de Tame (Arauca)
Dir. Sistema de Gestión Integrado
SINCREL S.A.S.

Colsanitas

A QUIEN LE PUEDA INTERESAR

LA GERENTE DE COMPENSACION OSI

HACE CONSTAR

Que, **JULIE MARLEN SAAVEDRA TORRES,** identificada con cédula de ciudadanía **No 1.121.879.538,** laboró en la **COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A.** Con **NIT. 860.078.828-7** desde el **20 DE JUNIO DE 2016** hasta el **29 DE SEPTIEMBRE DE 2017**, con un contrato **INDEFINIDO SALARIO TRADICIONAL,** desempeñando el cargo de **ANALISTA DE CONTABILIDAD II.**

La presente se expide a solicitud de la interesada en Bogotá D.C, a los Seis (06) días del mes de Octubre de dos mil diecisiete (2017).

COLSANITAS S.A.
NIT. 860.078.828-7

SANDRA YANIRA OCAMPO SARMIENTO
GERENTE DE COMPENSACION OSI

CLINICA MARTHA
NIT.: 892001588

CERTIFICA

Que de acuerdo con los registros del aplicativo de nómina el (la) señor(a) **JULIE MARLEN SAAVEDRA TORRES**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. **1.121.879.538**, labora en la empresa **CLINICA MARTHA** desde el día **25 de noviembre de 2015**, con contrato de trabajo a término Obra o Labor Contratada. En la actualidad desempeña el cargo de **ANALISTA DE CONTABILIDAD E IMPUESTOS**, con una asignación salarial mensual de **Un millón setecientos cuarenta y siete mil cuatrocientos Pesos M\cte ($ 1.747.400,00)** y una asignación mensual no salarial de **Cero de ($ 0,00) Pesos M\cte**.

En constancia de lo anterior, se expide este documento en la ciudad de Villavicencio (Meta)., a los 01 días del mes de abril de 2016.

Nota: Señor(a) trabajador(a) si Usted ha sido cesionado(a) tenga en cuenta por favor que las fechas consignadas en el presente documento deben entenderse atadas a los vínculos laborales que suscribió con cada uno de los empleadores.

La información de la presente certificación debe ser confirmada telefónicamente en nuestra linea de atención al número 6814937, citando el consecutivo 7445.

"Esta certificación solo es válida con sello de la administración"

MARISOL MALDONADO CUBILLOS
Coordinadora Administrativa

FORMATO CONSTANCIA DE IDONEIDAD PARA TALENTO HUMANO

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

CONSIDERANDO:

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

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

HACE CONSTAR:

Que, revisada la **HOJA DE VIDA** dada por Julie Marlen Saavedra Torres, con CC No. 1.121.879.538 de Villavicencio - Meta se acredita la idoneidad y la experiencia requerida y relacionada, según el Estudio Previo, el perfil profesional y la función a desarrollar en el área de ocupación, para poder cumplir con el proceso No 2026-364

Verificado por:

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

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

CAMILA HERNANDEZ RUIZ
Profesional Contratación
Contratista