FORMATO N° 1
CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA OFERTA

Santa Barbara, octubre 16 de 2026

Señores
SANATORIO DE CONTRATACIÓN ESE
Contratación - Santander

ASUNTO: INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA DENTRO DEL PROCESO CD 095-2026

PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC DEPARTAMENTAL 2026 SEGÚN CONTRATO INTERADMINISTRATIVO No. CO1.PCCNTR 9585421

YESIKA MARIA ROJAS MORA, identificada con la cedula de ciudadanía No 1.116.794.549 expedida en Arauca, con domicilio en la Santa Barbara, se permite someter a consideración del SANATORIO DE CONTRATACIÓN ESE, la oferta, para: el objeto de la referencia, en un todo de acuerdo con lo establecido en este documento y con los valores indicados en la propuesta adjunta.

Así mismo, el suscrito declara:

YESIKA MARIA ROJAS MORA, identificada con la cedula de ciudadanía No 1.116.794.549 expedida en Arauca, en caso de salir favorecida con la adjudicación de la invitación directa, será quien celebre el contrato con EL SANATORIO DE CONTRATACIÓN ESE, bajo su exclusiva responsabilidad.

Que he leído cuidadosamente los documentos de esta invitación y acepto todos los requisitos prescritos en ella.

Que he revisado detenidamente la propuesta y considero que está exenta de errores.

Que renuncio a cualquier reclamo por ignorancia o interpretación errónea de los documentos de esta invitación.

Que el plazo para la ejecución del contrato es de sesenta y ocho (68) días calendario, contados a partir de la suscripción del acta de inicio y de acuerdo a las condiciones de definidas en la invitación.

Que la información dada en los documentos y anexos incluidos en esta oferta son veraces, y autorizo al SANATORIO DE CONTRATACIÓN ESE, a confirmar la autenticidad de los mismos.

Que el valor de la propuesta es presentado a precio fijo unitario de conformidad al modelo suministrado por el SANATORIO DE CONTRATACIÓN ESE.

Así mismo, declaro bajo la gravedad del juramento, sujeto a las sanciones establecidas en el Art. 172 del Código Penal:

Que no me hallo No se encuentra incurso en ninguna causal de inhabilidad o incompatibilidad constitucional o legal para la celebración y ejecución del contrato que llegue a suscribirse.

Que entiendo y acojo las características, cantidades obligaciones y proceso de contractual que maneja el Sanatorio.

Que adjunto discriminados los valores de los ítems, en formatos Word y en Excel.

Que no he sido sancionado por ninguna Entidad Oficial, mediante acto administrativo ejecutoriado dentro de los últimos tres (3) años anteriores a la entrega de las propuestas.

Que el PROPONENTE, se encuentra a paz y salvo por concepto de aportes a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y a las cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, a la fecha de iniciación del plazo de presentación de las propuestas.

Que, en caso de ser adjudicatario del proceso contractual, me obligo a la suscripción del contrato.

Atentamente,

YESIKA MARIA ROJAS

YESIKA MARIA ROJAS MORA
Cedula de ciudadanía No. 1.116.794.549 expedida en Arauca
Dirección: Vereda el Pumarroso, vereda el centro casa 4 santa Barbara
Celular: 3209959535
E-mail: rojasyesika885@gmail.com

FORMATO No. 2
PRESENTACIÓN PROPUESTA ECONÓMICA

Santa Barbara, octubre 16 de 2026

Señores
SANATORIO DE CONTRATACIÓN ESE
Contratación - Santander

ASUNTO: INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA DENTRO DEL PROCESO CD 095-2026.

PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC DEPARTAMENTAL 2026 SEGÚN CONTRATO INTERADMINISTRATIVO No. CO1.PCCNTR 9585421

PROPUESTA ECONÓMICA

ITEM	OBJETO	PLAZO	VALOR TOTAL
01	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC DEPARTAMENTAL 2026 SEGÚN CONTRATO INTERADMINISTRATIVO No. CO1.PCCNTR 9585421	Sesenta y ocho (68) días calendario, contados a partir de la suscripción del acta de inicio .	$6.800.000
TOTAL			**$6.800.000**

Atentamente,

YESIKA MARIA ROJAS

YESIKA MARIA ROJAS MORA
Cedula de ciudadanía No. 1.116.794.549 expedida en ARAUCA
Dirección: Vereda el Pumarroso, vereda el centro casa 4 santa Barbara
Celular: 3209959535
E-mail: rojasyesika885@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
Rojas	Mora	Yesika Maria

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1116794549	F ⊗ M ○ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 03 MES 10 AÑO 1992

PAÍS COLOMBIA

DEPTO ARAUCA

MUNICIPIO ARAUCA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 3 5 35 carrera 3#5-35

PAÍS COLOMBIA DEPTO SANTANDER

MUNICIPIO SANTA BÁRBARA

TELÉFONO EMAIL rojasyesika885@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	11	AÑO	2010

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	2	X		TECNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERIA	08	2013	81612

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
cedespro	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	1780	X		tecnico auxiliar en enfermeria	08	2013

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: CENTRO DE SALUD SANTA BARBARA			PÚBLICA: X		PRIVADA:		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: SANTANDER	MUNICIPIO: CONTRATACIÓN						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	24	Mes	02	Año	2026	Día	25	Mes	04	Año	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL: 049/2013 CONTRATISTA	DEPENDENCIA: APOYO EN ENFERMERIA						DIRECCIÓN: CARRERA 3 4 38					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: SERVICIOS JMC ZOMAC SAS			PÚBLICA:		PRIVADA: X		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: ARAUCA	MUNICIPIO: ARAUCA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	02	Mes	08	Año	2021	Día	15	Mes	11	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL: AUX ENFERMERIA RUTA SALUD	DEPENDENCIA: ACCIONES EN SALUD PUBLICA						DIRECCIÓN: CARRERA 24 17 52					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE -ARAUCA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ARAUCA	*MUNICIPIO* ARAUCA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	25	*Mes*	06	*Año*	2018	*Día*	21	*Mes*	08	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* ACCESO A SERVICIOS DE SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 15 16 null					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD MEDICINA Y TECNOLOGIA EN SALUD MEDYTEC SAS			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ARAUCA	*MUNICIPIO* ARAUCA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8850080	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	09	*Año*	2017	*Día*	07	*Mes*	12	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* DOMICILIARIA						*DIRECCIÓN* CALLE 15 13 56					

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	3
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	3
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	3
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 Bocaramanga - Santabarbara - Santander

Jesica Rojas

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

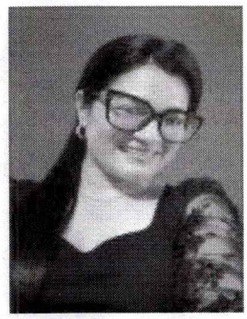
9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

CURRICULUM CV



PERFIL PROFESIONAL

Auxiliar de enfermería con vocación de servicio, comprometida con el cuidado integral del paciente, apoyo al personal de salud y protocolos de seguridad y calidad. Persona responsable, empática, organizada y con habilidades para el trabajo en equipo.

HABILIDADES

Cuento con habilidades técnicas, personales y de comunicación para brindar una atención segura y de calidad a los pacientes y con competencias blandas centradas en la empatía y la comunicación.

- Control de signos vitales
- Higiene y confort del paciente
- Administración de medicamentos.
- Técnicas de esterilización y bioseguridad.
- Toma de muestras • Soporte de emergencia.
- Empatía y trato humanizado
- Comunicación asertiva.
- Trabajo en equipo
- Capacidad de observación y atención al detalle.
- Resiliencia y manejo de estrés.

DATOS PERSONALES

NOMBRES:	YESIKA MARIA
APELLIDOS:	ROJAS MORA
FECHA DE NACMIENTO:	03 de octubre 1992

LUGAR DE NACMIENTO	Arauquita – Arauca
CEDULA DE CIUDADANIA:	1.116.794.549
DIRECCION:	Vereda Centro C2
ESTADO CIVIL:	Casada
CELULAR:	3209959535
E. MAIL:	rojasyesika885@gmail.com

FORMACION ACADEMICA

PRIMARA: Gabriel García Márquez
SECUNDARA: Unidad Educativa Francisco José Caldas TECNICO: Técnico Laboral Por Competencias En Auxiliar De Enfermería.

CURSOS Y ESTUDIOS

- APH (Atención Pre Hospitalaria)
- BIS (Soporte Vital Avanzado)
- Técnico En Segundad Industrial
- Curso Vacunación COVID
- Curso PAI
- Curso Citología
- Curso Violencia
- Curso Seguridad Del Paciente
- Curso Humanización
- Curso Duelo
- Curso BLS

EXPERIENCIA LABORAL

EMPRESA:	Hospital San Vicente de Arauca
CARGO:	Auxiliar en Enfermería
JEFE INMEDIATO:	Enrique Ballestero
TIEMPO:	3 Meses
CIUDAD:	Arauca –
Arauca EMPRESA:	IPS
Medytec salud	
CARGO:	Auxiliar en Enfermería
JEFE INMEDIATO:	Raúl Enrique Niño Sitúa
TIEMPO:	1 Año y 2 Meses
CIUDAD:	Arauca – Arauca

EMPRESA:	Farmacia JMS todo en Salud y Bienestar
CARGO:	Auxiliar en Enfermería
JEFE INMEDIATO:	Juan Manuel Sánchez
TIEMPO:	1 Año
CIUDAD:	Arauca – Arauca

EMPRESA:	Integral de Servicios JMC ZOMAC
CARGO:	Auxiliar en Salud
JEFE INMEDIATO:	Elvis Nadillo Camargo Farfán
TIEMPO:	4 meses
CIUDAD:	Arauca – Arauca

EMPRESA:	E.S.E Centro De Salud Santa Barbara.
CARGO:	Auxiliar En Enfermería
JEFE INMEDIATO:	Kelly Yolima Castañeda
TIEMPO:	2 meses
CIUDAD:	Santa Barbara – Santander.

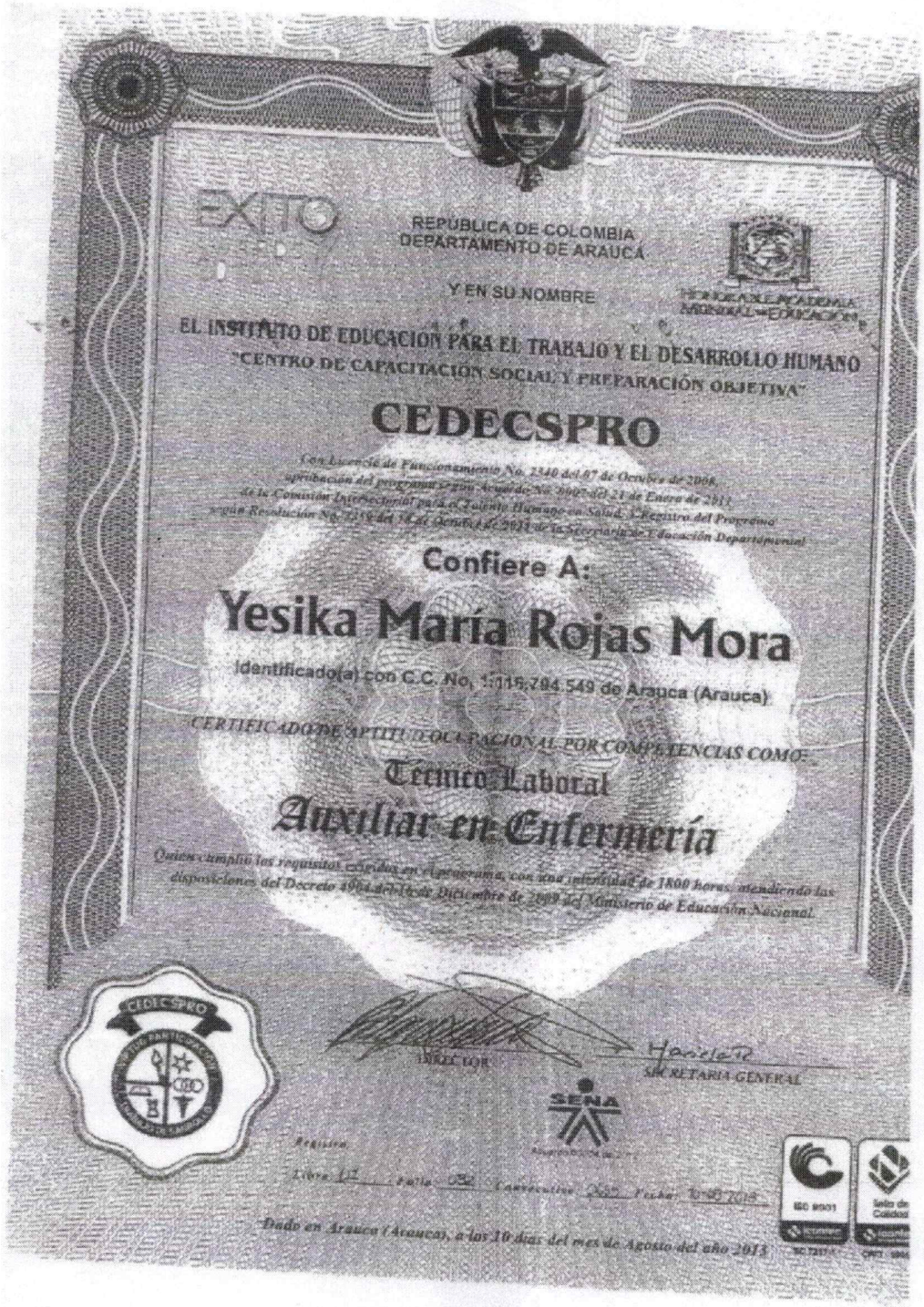
REFERENCIAS PERSONALES

NOMBRE:	Sarandí Sánchez
CARGO:	Ama De Casa
TELEFONO:	3148099439

NOMBRE:	Leidy Marcela Jerez
CARGO:	Enfermera
TELEFONO:	3218846459

NOMBRE:	Rosmira Mora Santiago
CARGO:	Ama de Casa
TELEFONO:	3125872509

NOMBRE:	Carlos Jesús Rubio Flores
CARGO:	Policía
TELEFONO:	3103669074



REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE ARAUCA

Y EN SU NOMBRE

EL INSTITUTO DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO
"CENTRO DE CAPACITACIÓN SOCIAL Y PREPARACIÓN OBJETIVA"

CEDECSPRO

Con Licencia de Funcionamiento No. 2340 del 07 de Octubre de 2008,
aprobación del programa según Acuerdo No. 0002 del 21 de Enero de 2011
de la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud. Registro del Programa
según Resolución No. 7216 del 30 de Agosto de 2013 de la Secretaría de Educación Departamental

Confiere A:

Yesika María Rojas Mora

Identificado(a) con C.C. No. 1.116.794.549 de Arauca (Arauca)

CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS COMO:

Técnico Laboral

Auxiliar en Enfermería

Quien cumplió los requisitos exigidos en el programa, con una intensidad de 1800 horas, atendiendo las disposiciones del Decreto 4904 del 19 de Diciembre de 2009 del Ministerio de Educación Nacional.

DIRECTOR

SECRETARIA GENERAL

Registro

Libro 17 Folio 050 Consecutivo 2650 Fecha 10-08-2013

Dado en Arauca (Arauca), a los 10 días del mes de Agosto del año 2013

Acta Individual de Grado

El Instituto de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

"Centro De Capacitación Social y Preparación Objetiva"

CEDECSPRO

Arauca - Arauca

En la ciudad de Arauca (Arauca), a los 10 días del mes de Agosto del año 2013, a las 7:00 p.m., nos reunimos en el auditorio Casa Blanca, el suscrito Director, Secretaria General y los Estudiantes del Instituto de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano, Centro de Capacitación Social y Preparación Objetiva - **CEDECSPRO** - con Licencia de Funcionamiento No. 2340 del 07 de Octubre de 2008, aprobación del programa **AUXILIAR EN ENFERMERÍA** según CONCEPTO TECNICO FAVORABLE dado por la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud, según Acuerdo No. 0007 del 21 de Enero de 2011. Registro del Programa en la Secretaría de Educación Departamental, según Resolución No. 3359 del 18 de Octubre de 2011, que comprobada la situación legal y Académica de cada uno de los Estudiantes que cursaron y aprobaron el programa, CEDECSPRO expide certificado como:

TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

Al graduando cuyos nombres, apellidos y número de identificación se relacionan a continuación:

Yesika María Rojas Mora

Identificado(a) con C.C. No. 1.116.794.549 de Arauca (Arauca)

Es fiel copia tomada del Acta General No. 50 con fecha del 10 de Agosto de 2013, consta de (36) estudiantes, que comienza con el nombre de **ANA GABRIEL ZAPATA JAIME** y se cierra con el nombre de **YUSY FERNANDA CRISTIANO LÓPEZ**.

Firmada y sellada por: **EDGAR MARINO DINAS PALACIOS** (Director) y **MARIELA RODRÍGUEZ** (Secretaria General).

Dada en Arauca (Arauca), a los 10 días del mes de Agosto del año 2013.

EDGAR MARINO DINAS PALACIOS
C.C. No. 4.507.029 de Popayan
Director

MARIELA RODRÍGUEZ
C.C. No. 24.225.628 de Aguazul
Secretaria General

	Gobernación de Arauca Unidad Administrativa Especial de Salud de Arauca NIT 900.034.608 – 9 GESTIÓN SOGCS	CODIGO: GTSI-SOGCS-132
	RESOLUCIÓN N° 81–612	VERSIÓN: 01-2016 TDR: 132-59.7

Por la cual se autoriza el ejercicio de una ocupación y el procedimiento de inscripción en el RETHUS

LA PROFESIONAL ESPECIALIZADA DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD

En uso de las facultades legales, reglamentarias y las conferidas por Decreto N° 333 de 2006, y en especial por las otorgadas por la Resolución N° 00100 de 2012, y,

CONSIDERANDO

Que mediante el decreto 1875 de 1994, en sus artículos 4, 6, 8, Y 7, establece la inscripción para para poder ejercer la profesión o la especialización en zona geográfica diferente a donde se registró el título, la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del Departamento donde va a laborar, con el fin de ejercer el control y vigilancia que le corresponde.

Que el artículo 18 de la Ley 1164 de 2007, establece los requisitos para el ejercicio de las profesiones y ocupaciones del área de la salud,

Que el art. 9 del Decreto 4192 de 2010, dispone que hasta tanto no se deleguen las funciones al respectivo colegio de profesionales, las Direcciones Territoriales de Salud continuaran realizando el reconocimiento de los requisitos para ejercer la profesión u ocupación.

Que mediante Acta General No. 50 del 10 de Agosto de 2013, EL INSTITUTO DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO "CEDECSPRO", por razón de diploma registrado en el **Libro N° 01, Folio N° 032, Consecutivo N° 0665**, otorga el Certificado de Aptitud Ocupacional de **TÉCNICO LABORAL AUXILIAR EN ENFERMERÍA**, al señor (a) **YESIKA MARÍA ROJAS MORA**, identificado (a) con cédula de ciudadanía número **1.116.794.549 de Arauca.**

Que el señor (a) **YESIKA MARÍA ROJAS MORA**, identificado (a) con cedula de ciudadanía número **1.116.794.549 de Arauca**, solicitó a la Unidad Administrativa Especial de Salud de Arauca, la inscripción de sus estudios como TÉCNICO LABORAL AUXILIAR EN ENFERMERÍA y autorización para su ejercicio.

Que el artículo 23 de la Ley 1164 de 2007, establece el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud, del personal de salud que cumple con los requisitos establecidos para ejercer.

En mérito de lo anterior,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Inscríbese al señor (a) **YESIKA MARÍA ROJAS MORA**, identificado (a) con cédula de ciudadanía número **1.116.794.549 de Arauca**, quien cuenta con el Certificado de Aptitud Ocupacional de **TÉCNICO LABORAL AUXILIAR EN ENFERMERÍA**, en todo el territorio Nacional, autorización que surte efectos para laborar en el Departamento de Arauca.

ARTICULO SEGUNDO: Realizar el procedimiento de inscripción en el REGISTRO ÚNICO NACIONAL DEL TALENTO HUMANO EN SALUD (RETHUS).

ARTÍCULO TERCERO: La presente Resolución rige a partir de la fecha de expedición.

Dado en Arauca, a los dos (02) días del mes de junio del dos mil diecisiete (2017).

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

ANDREA PAOLA PEREA TRIANA
Profesional Especializado Gestión SOGCS

Revisó: Profesional, Jurídica Gestión SOGCS
Proyectó y Elaboró: REINEL VEGA, Gestión SOGCS

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

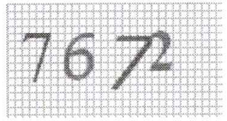
Número de Identificación *

1116794549

Primer Nombre

Primer Apellido

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

2673

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2026-10-16→9:33:42 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1116794549	YESIKA	MARIA	ROJAS	MORA	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) YESIKA MARIA ROJAS MORA identificado(a) con CC 1116794549 registra La siguiente información:

2026-10-16→9:33:42 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto	Acto Administrativo	Entidad Reportadora

SISPRO - Aplicativos Misionales

Menú

Iniciar Sesión Registrarse

		Administrativo			
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA	2017-06-02	81612	UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE SALUD DE ARAUCA

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

SISPRO

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

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

Contacto

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

Términos y condiciones

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCION SOCIAL
DEPARTAMENTO DE ARAUCA



CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN

Res No. 81-612 Fecha: 02-06-2017

YESIKA MARIA

ROJAS MORA

C.C. 1.116.794.549 DE ARAUCA

TÉCNICO LABORAL AUXILIAR EN ENFERMERÍA

Inscripción: 02/06/2017

La República de Colombia
El Departamento de Arauca
y en su nombre la

Unidad Educativa Técnico
Francisco José de Caldas

Arauca - Arauca

Creada por Decreto 337 de Octubre 30 de 2008, autorizada por Resolución 0206 de Febrero 5 de 2010 para el funcionamiento de la Jornada Semipresencial y aprobación de estudios según Resolución 3290 de Octubre 21 de 2010.

Confiere a:

Yesika María Rojas Mora

Cédula de Ciudadanía No. 1.116.794.549 de Arauca (Arauca)

Por haber logrado los objetivos del Ciclo de Educación Media, Jornada Semipresencializada – Sabatina determinados por nuestro Proyecto Educativo Institucional, acordes con lo dispuesto en la Ley General de Educación de febrero 8 de 1994 y el Decreto 3011 de diciembre 19 de 1997, el Título de:

Bachiller Académico

En testimonio de ello se firma y refrenda con el respectivo sello

En Arauca (Arauca) a los Veintisiete (27) días del mes Noviembre de Dos Mil Diez (2010)

Ing. Jorge Eduardo Contreras Martínez
C.C. 7.172.968 de Tunja
Rector

Anotado en el Libro de Registro y Diplomas No. 001 Folio No. 006 Registro 06-12-2010

Unidad Educativa Técnico

FRANCISCO JOSE DE CALDAS

Calle 7 No. 11-53 Barrio San Carlos – Telefax: 8852656

Arauca – Arauca

Acta Individual de Grado

En la ciudad de Arauca (Arauca), a los 27 días del mes de Noviembre del año 2010 se reunieron, los suscritos Rector y Secretaria Académica de la Unidad Educativa Técnico **FRANCISCO JOSE DE CALDAS**, Institución creada por Decreto 397 del 30 de Octubre de 2002, autorizada por Resolución 0206 de Febrero 2 de 2010 para el funcionamiento de la Jornada Semipresencial y aprobación de estudios según Resolución 3290 de Octubre 21 de 2010, con la finalidad de formalizar la Graduación de los estudiantes del **CICLO** VI Grado **UNDECIMO (11°)** de la Jornada Semipresencial que cumplieron con cada uno de los requisitos que para tal fin son exigidos por el Plantel..

Comprobada la situación legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media - Jornada Semiescolarizada – Sabadina, se procedió a otorgar el Título de **BACHILLER ACADEMICO** a los graduandos cuyos nombres y apellidos y documento de identidad se relacionan a continuación:

Yesika María Rojas Mora

Cédula de Ciudadanía No. 1.116.734.549 de Arauca (Arauca)

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 013 de fecha 27 de Noviembre de 2010 que consta de 49 alumnos graduados que comienza con el nombre de: **ADELIS NAIR MUJICA JIMENEZ** y termina con el nombre de **ZAIDA LILIANA VALDERRAMA OSPINA.** Firmada y sellada por el Ing. **JORGE ESGARDO CONTRERAS MARTINEZ**, Rector y **MARIA NELIDA PINZON DE BRITO.** Secretaria Académica.

En constancia se firma la presente en Arauca, a los Veintisiete (27) días del mes de Noviembre de Dos Mil Diez (2010) por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 11 Decreto 1860 de 1994.

Ing. JORGE ESGARDO CONTRERAS MARTINEZ
C.C. No. 7.175.923 de Tunja
Rector

MARIA NELIDA PINZON DE BRITO
C.C. No. 24.240.746 de Arauca
Secretaria Académica (e)

República de Colombia
Departamento de Arauca

CENTRO EDUCATIVO EN SALUD

"CETESALUD"

Institución Educativa para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Aprobado según Acuerdo 0127 del 18 de Junio de 2018 por el Ministerio de Salud y Protección Social mediante Resolución 2602 del 12 de Diciembre de 2007 por la Secretaría de Educación Departamental de Arauca- Registro Programa N° 3283 del 22 de Septiembre de 2015 por la Secretaria de Educación Departamental de Arauca

YESIKA MARIA ROJAS MORA

C.C 1.116.794.549 de Arauca

Asistió y aprobó satisfactoriamente los requerimientos del curso taller:

SOPORTE VITAL AVANZADO (SVA)
REANIMACIÓN CEREBRO CARDIOPULMONAR (ACLS)

Curso que se desarrollo en base a los lineamientos y parámetros establecidos por las Organizaciones Internacionales de Reanimación tales como: **(AHA)** American Heart Association, **(ERC)** European Resuscitation Council **(ILCOR)** International Liaison Committee on Resuuscitation.

Certificado por **48 horas** Teórico- Práctico y avalado por **2 años;** Entregado en Arauca el 15 de Marzo de 2019.

CETESALUD Escuela de Enfermería

Jorge Estrada Maldonado
Director

CETESALUD Escuela de Enfermería

Luis Alfonso Castro Valencia
Instructor
ARC.DC.20168117580040

ASOTRANSCARGAS S.A.S

Ingeldex S.A.S

J.A.W.

COMUNITELEC S.A.S

Certifican a:

YESIKA MARIA ROJAS MORA

C.C. 1116794549

Por su participación en los entrenamientos y capacitaciones en:

EPP`S, SUSTANCIAS QUIMICAS, PRIMEROS AUXILIOS, MANEJO DE EXTINTORES, TEORIA DEL FUEGO, ESPACIOS CONFINADOS, HIGIENE OCUPACIONAL, ERGONOMÍA

DARWIN LEONEL MONSALVE
SOCORRISTE Y TECNICO HSE

FERNANDA SANDOVAL URIBE
ESPECIALISTA QHSE
LIC. 81-416

Dado a los 6 días del mes de Octubre de 2019 en Arauca - Arauca

CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

Santa Barbara, octubre 16 de 2026

Señores
SANATORIO DE CONTRATACIÓN ESE
SANTA BARBARA – Santander
L.C.

Yo **YESIKA MARIA ROJAS MORA**, identificada con la Cedula de ciudadanía No. 1.116.794.549 expedida en ARAUCA - ARAUCA, manifiesto a ustedes que, conozco las causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con las Entidades Estatales de conformidad con los artículos 8° y siguientes de la Ley 80 de 1993, así: Artículo 8°. Las personas naturales que hayan sido declaradas responsables judicialmente por la comisión de delitos de peculado, concusión, cohecho, prevaricato en todas sus modalidades y soborno transnacional, así como sus equivalentes en otras jurisdicciones.

Esta inhabilidad se extenderá a las sociedades de que sean socias tales personas, con excepciónde las sociedades anónimas abiertas. Así como las sanciones establecidas por transgresión a las mismas en los artículos 26 numeral 7° y 52 y los efectos legales consagrados ene l articulo 44 numeral 1° del Estatuto contractual.

En razón a lo aquí expuesto, me permito Declarar bajo la gravedad del juramento que se entiende prestado con la firma del presente documento, que no me encuentro incurso en ninguna de ellas. Tampoco me encuentro dentro de ninguna de las prohibiciones ni inhabilidades señaladas en la ley 1474 de 2011.

Por lo aquí manifestado, procede a suscribir el presente documento en el mes de octubre del año 2026

YESIKA ROJAS

YESIKA MARIA ROJAS MORA
Cedula de ciudadanía No. 1.116.794.549 expedida en ARAUCA
Dirección: Vereda el Pumarroso, vereda el centro casa 4 santa Barbara
Celular: 3209959535
E-mail: rojasyesika885@gmail.com

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.116.794.549**

ROJAS MORA

APELLIDOS

YESIKA MARIA

NOMBRES

YESIKA MARIA ROJAS MORA

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-OCT-1992**

ARAUQUITA
(ARAUCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

11-NOV-2010 ARAUCA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-4000100-01052127-F-1116794549-20181220 **00638**31669G 3 8125176704

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 16 de octubre de 2026, a las 09:22:43, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1116794549
Código de Verificación	1116794549261016092243

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.

LUIS MIGUEL MARTINEZ ROMERO
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 304890380

PIB
09:29:49

Bogotá DC, 16 de octubre 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) YESIKA MARIA ROJAS MORA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1116794549:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES LEY 2455 / 2025 "LEY ÁNGEL"

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:24:23 AM horas del 16/10/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1116794549**

Apellidos y Nombres: **ROJAS MORA YESIKA MARIA**

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.

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, 16/10/2026 09:25:16 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1116794549** y Nombre: **YESIKA MARIA ROJAS MORA.**

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. **149682786** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Carrera 59 # 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN , Bogotá D.C
Línea de atención: 018000-910112

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 09:26:26 horas del 16/10/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1116794549,**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **Sanatorio de Contratacion ESE**, con NIT **890205335-2** 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.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

Área de Administración de Información Criminal

ENLACES DE INTERÉS

- Portal web DIJIN
- Consulta Antecedentes Judiciales
- Protección de Datos

SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES

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

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1096947166 **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 16/10/2026 11:35 AM

Código Verificación: **BVYNLU4MHT**

Válida hasta: **16/01/2027**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14509843706

(415)7707212489984(8020) 000001450984370 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 1 6 7 9 4 5 4 9	1	Impuestos y Aduanas de Arauca 3 4	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 1 1 6 7 9 4 5 4 9	

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ROJAS	MORA	YESIKA	MARIA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Arauca 8 1	Arauca 0 0 1

41. Dirección principal: CR 17 A 28 80 BRR SAN LUIS

42. Correo electrónico: luisalbeiro_f@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 5 0 3 8 7 1 9 4 3	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 1 7 0 6 1 4	8 2 1 1	2 0 1 9 0 8 2 7					

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	2	0																								

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 20190827

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 ROJAS MORA YESIKA MARIA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

30555567

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

No.Radicación: 705063

FECHA DE RADICACION: 16 10 2026

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [X] B. REPORTE DE NOVEDADES [ ]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO: A340

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: ROJAS | SEGUNDO APELLIDO: MORA | PRIMER NOMBRE: YESIKA | SEGUNDO NOMBRE: MARIA

9. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1116794549
11. SEXO BIOLÓGICO: M [X] F [ ]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: M [X] F [ ] NB [ ] T [ ] Otro [ ] Cual?
13. NACIONALIDAD: COLOMBIA
14. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS: COLOMBIA | DEPARTAMENTO: ARAUCA | MUNICIPIO: ARAUQUITA
15. FECHA NACIMIENTO: DIA 03 | MES 10 | AÑO 1992

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 6
17. COMUNIDAD INDÍGENA:
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X] | CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD:
19. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI [ ] NO [X]
20. CLASIFICACIÓN SISBÉN | NIVEL | GRUPO:
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL:
22. ARL: POSITIVA
23. AFP: PORVENIR
24. IBC: $1,750,905.00
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: $0.00
26. RESIDENCIA | DIRECCIÓN: BARRIO POMARROSO CASA 4 KM 7
TELÉFONO FIJO:
TELÉFONO CELULAR: 3209959535
CORREO ELECTRÓNICO: rojasyesika885@gamil.com
DEPARTAMENTO: SANTANDER
MUNICIPIO/ DISTRITO: SANTA BARBARA
LOCALIDAD/COMUNA:
ZONA: CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]
IPS: 2743

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

27. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: RC TI CC CE PA SC CD PT
29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
30. SEXO BIOLÓGICO: M F
31. SEXO IDENTIFICACIÓN: M F NB T Otro | Cual?
32. NACIONALIDAD
33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO
34. FECHA NACIMIENTO: DIA | MES | AÑO

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO M F	40. SEXO IDENTIFICACIÓN M F NB T Otro	41. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS	DEPART.	MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO DIA	MES	AÑO
B1												
B2												
B3												
B4												
B5												

Datos complementarios del Beneficiario

	43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. COMUNIDAD	46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI	NO	48. CLASIFICACIÓN SISBÉN NIVEL	GRUPO	49. DISCAPACIDAD SI	NO	CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD	50. DESPLAZADO PERMANENTE SI	NO	51. Datos de residencia DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	RESTO RURAL
B1							I.	II.											
B2							I.	II.											
B3							I.	II.											
B4							I.	II.											
B5							I.	II.											

	52. TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	53. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL	54. DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	55. IPS	56. CÓDIGO DE LA IPS (LA REGISTRAS POR LA EPS)
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

55. Nombre o razón social
56. Tipo documento de identificación: NI TI CC CE PA CD PT
57. Número del documento de identificación
58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (lo registra por la EPS)
59. Ubicación: DIRECCIÓN | TELÉFONO FIJO O CELULAR | CORREO ELECTRÓNICO | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO/DISTRITO

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS. Código:
6. REPORTE DE PAGO A TRAVES DE UN TERCERO Código:
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO
11. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAIS 1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS
14. MOVILIDAD
A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO
15. TRASLADO
A) MISMO RÉGIMEN
B) DIFERENTE RÉGIMEN
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCION AL CESANTE
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI CC CE RC SC CD PT
NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
62. SEXO BIOLÓGICO: M F
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: M F NB T Otro | Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: DIA | MES | AÑO
65. EPS ANTERIOR
66. FECHA DE NOVEDAD: DIA 16 | MES 10 | AÑO 2026
67. MOTIVO DE TRASLADO: Código
68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(a) reportado(s) dependen económicamente de mi.
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
76. a) Autorizo mi consentimiento expreso para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. [X]
b) Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE). [X]
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI CC CE RC SC CD PT
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional: YESIKA MARIA ROJAS
81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

X. ANEXOS

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

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL | Código del Municipio | Código del departamento | 93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN.

94. APELLIDOS Y NOMBRES
Segundo Apellido | Primer Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC CE PT | No. de Documento de Identidad
95. FIRMA DEL FUNCIONARIO
96. FECHA DE RADICACIÓN: DIA | MES | AÑO
97. FECHA DE VALIDACIÓN: DIA | MES | AÑO

OBSERVACIONES:

VIGILADO SUPERSALUD

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

- ORIGINAL: E.P.S. -

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

Autorización de mensajes de texto. (Circular externa 000016 mayo de 2013)

Yo, YESIKA MARIA ROJAS MORA Identificado (a) con R.C. T.I. C.C. C.E. CC S.C. C.D. P.E. P.T.

número 1116794549 de ARAUQUITA, certifico que:

1	¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SÍ [X] No [ ]
2	¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	SÍ [X] No [ ]
3	¿Leyo el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SÍ [X] No [ ]
4	¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	SÍ [X] No [ ]
5	¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la informacion, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	SÍ [X] No [ ]

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envie información al
telefono celular No. 3209959535
y/o correo electrónico: rojasyesika885@gamil.com
SÍ [X] No [ ]
Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico. SÍ [X] No [ ]
Consulte la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en el micrositio Web https://www.nuevaeps.com.co/carta-derechos-deberes
Evitando impresiones para ser amigable con el planeta SI [X] NO [ ]

Declaración juramentada de convivencia. Declarar que convivo con el(la) señor(a) _____ Identificado(a) con _____ No. _____ desde el día _____ del año _____

Cordialmente
Firma: JESIKA MARIA ROJAS
Tipo ID: CC No. ID: 1116794549
Fecha de Solicitud: 16/10/2026
Dirección: BARRIO POMARROSO CASA 4 KM 7
Tel: 3209959535 Municipio: SANTA BARBARA
Departamento: SANTANDER
Huella

Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:
Firma: _____
Tipo ID: _____ No. ID: _____
Fecha (dd/mm/aaaa): _____
Dirección: _____
Tel: _____ Municipio: _____
Departamento: _____
Huella

Manifiesto con mi firma la aceptación de todas las declaraciones y términos incorporados en este formato y el consentimiento expreso, previo e informado en relación con el tratamiento de mis datos personales que hara NUEVA EPS S.A. en sujecion a la politica para el tratamiento de datos personales de la NUEVA EPS S.A..

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificacion, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los articulos 14 y 15 de la Ley 527 de 1995, a NUEVA EPS S.A. para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service -, correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.
Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

Aviso de privacidad

Hago constar expresamente que NUEVA EPS S.A. me informó sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:

* Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
* Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado
* Solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
* Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.
* Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
* Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución.

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.A., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeps.co
Régimen Contributivo:
Línea Gratuita: 01 8000 954400
Línea de atención en Bogotá: (601) 307 7022
Régimen Subsidiado:
Línea Gratuita: 01 8000 95 2000
Línea de atención en Bogotá: (601) 307 7051
Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
Conmutador: (601) 419 3000
Dirección Administrativa: Carrera 85k No 46A – 66 Piso 2

Sr.(a) afiliado(a), la información por usted suministrada en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o demás documentos anexos, serán utilizados por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información únicamente para los fines específicos relacionados con la administración y prestación de servicios en salud de Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 "Hábeas Data": dicho tratamiento podrá implicar la trasferencia, trasmisión y/o recepción de los datos, y el cual se realizará a través de si misma, terceros encargados de tratamiento de información o de sus aliados comerciales, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio, de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMMLV

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE VIVIENDA PROPIA		PRODUCTOR AGROPECUARIO	
INDEPENDIENTE	POSITIVA	PORVENIR	$1750905	SÍ		SÍ	
				NO	X	NO	X

Nivel de Escolaridad									
Ninguno		Secundaria		Normalista		Profesional	X	Doctorado	
Preescolar		Media académica o clásica (bachillerato básico)		Técnica Profesional		Especialización		Último Grado	
Basica Primaria		Media técnica (bachillerato básico)		Tecnológica		Maestría		Aprobado	

Posición Ocupacional							
Patrón/Empleador		Contratista	X	Trabaja por su Cuenta			
Inicio Contrato	16/10/2026	Fin Contrato					

SEÑOR USUARIO: TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA, RECUERDE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DECIDA NO CONTINUAR CON LOS SERVICIOS DE SALUD. EL NO HACERLO LE GENERA MORA, LA CUAL TENDRA VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA. DECRETO 806 ART. 5° DE 1998 Y ART. 56 DECRETO 1406 DE 1999.

SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO	Nombre del Tercero	Tipo de Identificación	NIT	C.C.	C.E.	Identificación del Tercero que realiza el Aporte	DV
			P.A.	T.I.	C.D.		

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR	CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR	Nombre de OFICINA	
Yazmin Guerrero	A340		CIUDAD Y FECHA

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

YESIKA MARIA ROJAS MORA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.116.794.549**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 16 de Octubre del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

MEDICINA Y TECNOLOGÍA EN SALUD S.A.S "MEDYTEC SALUD I.P.S. S.A.S"
NIT 900057926-5

CERTIFICA QUE:

YESIKA MARIA ROJAS, identificado con cedula de ciudadania 1.116.794.549 expedida en Arauca, presto sus servicios profesionales como **AUXILIAR DE ENFERMERÍA DOMICILIARIA** en nuestra entidad, desde 20 de diciembre de 2015 hasta 26 de diciembre de 2016

Teniendo en cuenta la modalidad de contratación, la señora Yesika, presto sus servicios profesionales con autonomía e independencia.

Se expide el quince (15) de enero de 2018, a solicitud de la interesada.

Atentamente,

RAÚL ENRIQUE NIÑO SILVA.
GERENTE
MEDYTEC SALUD I.P.S S.A.S

P y D.
Yuleidys Carolina Mendoza Lizcano
Gestora Jurídica

Revisó
María Cecilia Turbay Rada
Gestora IPS en Red

IPS MEDYTEC Salud

MEDICINA Y TECNOLOGIA EN SALUD S.A.S "MEDYTEC SALUD I.P.S. S.A.S"
NIT 900057926-5

CERTIFICA QUE:

YESIKA MARIA ROJAS, Identificado con cedula de ciudadanía 1.116.794.549 expedida en Arauca, presto sus servicios profesionales como **AUXILIAR DE ENFERMERIA DOMICILIARIA** en nuestra entidad, desde 01 de septiembre de 2017 hasta 07 diciembre de 2017

Teniendo en cuenta la modalidad de contratación, la señora Yesika, presto sus servicios profesionales con autonomía e independencia.

Se expide el quince (15) de enero de 2018, a solicitud de la interesa.

Atentamente,

RAUL ENRIQUE NIÑO SILVA.
GERENTE
MEDYTEC SALUD I.P.S S.A.S

P y D.
Rubén Darío Mendoza Lizcano
Gestor Jurídico

Revisó
María teresa Turcia Nava
Gestor IPS en Red

Somos su opción en Salud

HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA E.S.E

NIT. 800.218.979-4
TRD 120.06.07

EL LIDER DEL PROGRAMA – TALENTO HUMANO

CERTIFICA:

Que revisados los documentos que reposan en la hoja de vida ubicada en el archivo de contratación de personal, Oficina de Talento Humano, se constató que YESIKA MARIA ROJAS MORA, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.116.794.549 de Arauca, prestó sus servicios por la modalidad de contrato de prestación de servicios al Hospital San Vicente de Arauca-ESE, desarrollando actividades como Auxiliar de Enfermería en el siguiente orden:

CONTRATO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
2.1050	22/09/2018	31/08/2018

Que en cumplimiento del objeto contractual de los contratos arriba enunciados, ejecutó a satisfacción de la entidad las actividades que a continuación se describen:

a) Cumplir las normas y el reglamento establecido por la institución y el depende directamente del Departamento de Enfermería, su autoridad es la única jerarquía y funcional a las auxiliares de enfermería de área; servicio general Departamento de Enfermería.
b) Asistir y participar en la entrega y recibo de turnos de los pacientes hospitalizados, en forma puntual.
c) Asistir al paciente durante la alimentación por vía oral, teniendo en cuenta que corresponda a la dieta ordenada y realizar el control escrito de ingesta.
d) Controlar y registrar los signos vitales del paciente de acuerdo al estado clínico, incluyendo: Presión arterial, frecuencia cardiaca, temperatura corporal y frecuencias respiratorias.
e) Avisar a la Enfermera (o) jefe cualquier bambio.
f) Realizar el control y registro de líquidos administrados y eliminados incluyendo: los administrados por vía oral, enteral o parenteral y los eliminados por orina, vomito, tubos o drenajes, deposición, etc.
g) Realizar o asistir a los pacientes en los procesos de higiene y confort tales como: Baño general o parcial en cama, Baño de genitales, Aseo en boca, Lavado de cabello, Cuidado de uñas, Masajes circulatorios, Cuidado de piel, Cambios de posición frecuentes según tolerancia del paciente e indicaciones médicas.
h) Realizar el arreglo de la unidad del paciente.
i) Preparar la unidad para el recibimiento de los pacientes, según necesidad.
j) Recibir y entregar el inventario sobre los equipos y materiales del servicio, según las asignaciones por cuadros de turnos.
k) Responder por los equipos de la central de esterilización revisando las fechas de estos y manteniendo el inventario completo.
l) Preparar, administrar y registrar los medicamentos por vía oral, enteral y parenteral, según normas del servicio.
m) Realizar la limpieza de heridas cerradas, teniendo en cuenta las normas del servicio. n) Realizar procedimientos básicos permitidos, bajo la supervisión de la Enfermera (o), tales como: paso de sondas vesicales y nasogástricas, colocación de enemas, lavado gástrico, toma de glucometría, toma de EKG, cuidados de sondas y drenes, aspiración de secreciones orales, nasales o endotraqueal, preparación de equipos y asistencia en procedimientos médicos.
ñ) Asistir a la Enfermera (o) en la realización de procedimientos especiales.
o) Preparar a los pacientes que van para Cirugía o exámenes especiales, según normas del servicio.
p) Recibir pacientes quirúrgicos y no quirúrgicos, según protocolo del servicio.
q) Verificar en la entrega de turno las condiciones de salud bajo los cuales recibe el paciente y arreglo respectivo de la unidad.

r) Acompañar a los pacientes a procedimientos especiales por asignación de la Enfermera (o) jefe.
s) Realizar el inventario completo de equipos y accesorios del servicio cuando esta función le sea asignada.
t) Realizar las anotaciones de enfermería registrando la evolución y cambios sucedidos durante el turno y los procedimientos realizados al paciente.
u) Asistir a los cursos de actualización y a las reuniones programadas por el Departamento y por el servicio.
v) Rotular las muestras de sangre y/o tejidos corporales: nombre del paciente, numero de cama, fecha, servicio y entregarlas al laboratorio clínico, anotando fecha y horas de entrega, clase de exámenes solicitados, firma de quien lleva la muestra y servicio de donde proviene la solicitud.
w) Informar oportunamente a la Enfermera (o) jefe sobre complicaciones en el manejo de pacientes, bajo su responsabilidad.
x) Fomentar el respeto mutuo entre compañeros (as), personal médico y de enfermería, conservando la ética en el ejercicio de sus funciones.
y) Respetar y hacer cumplir las normas del servicio, traslado a otros servicios según la necesidad; convocatoria a reuniones, aprobación de cambio de turnos, etc.
z) Informar oportunamente al jefe inmediato sobre cualquier incapacidad, calamidad que genere inasistencia al turno programado en el menor tiempo posible.
aa) Salvaguardar los bienes del Hospital que utilice en cumplimiento del objeto de este contrato.
bb) Asistir de manera obligatoria a las capacitaciones que sean convocadas por la institución para el cumplimiento de las actividades contractuales.
cc) Suministrar toda la información que se solicite para dar trámite a los requerimientos de los procesos de la entidad, en los términos legales para resolver.
dd) Ejercer las demás actividades asignadas que sean afines con la naturaleza del objeto del contrato.

Se expide a solicitud de la interesada, en Arauca a los Dieciséis (16) días del mes de Agosto de 2018, para trámite personal.

CESAR AUGUSTO VALDERRAMA ALVARADO

Revisó y aprobó: OTH/ César V.
Elaboro y digitó: OTH/ Sara G.

INTEGRAL DE SERVICIOS
JMC ZOMAC SAS
NIT.901.380.271-7

EL REPRESENTANTE DE INTEGRAL DE SERVICIOS JMC ZOMAC SAS

CERTIFICA:

Que YESIKA MARIA ROJAS MORA, mayor de edad identificada con cedula de ciudadanía No 1.116.794.549 De Arauca, laboró para esta empresa como Auxiliar de la salud, vinculado mediante contrato de prestación de servicios desde el 02 de agosto de 2021 al 15 de noviembre de 2021 realizando las siguientes actividades:

- Apoyar el proceso de valoración nutricional de 514 niños y niñas con enfoque diferencial de dos a diez años ubicados en el municipio de Arauca para obtener excelentes resultados.
- Es el responsable de coordinar el proceso de realización de Campañas publicitarias de promoción y prevención de deficiencias de micronutrientes dirigidos a población preescolar, escolar, lactantes y gestantes a nivel Departamenta.
- Apoyo en la realización del estudio (Dx nutricional de la población valorada).
- Llevar registro actualizado sobre el número de entregas de suplementos, Multivitaminicos y desparasitantes entregados en las valoraciones.
- Realizar las actividades técnicas del contrato de prestación de servicios No 03-031 de 2021.

ELVIS NAYILLO CAMARGO FARFAN
Representante Legal

CRA 24 No 17-52 APT 3- Arauca - Arauca – Colombia
e-mail: integraldeserviciosjmc@gmail.com

Tu Salud Y Bienestar Nuestra Prioridad

LA GERENTE DE LA E.S.E CENTRO DE SALUD SANTA BARBARA, MUNICIPIO DE SANTA BARBARA – SANTANDER

CERTIFICA:

Que la señora **YESICA MARIA ROJAS MORA,** Identificada con cédula de ciudadanía N° 1.116.794.549 expedida en Arauca-Arauca, laboró en la **ESE CENTRO DE SALUD SANTA BARBARA-SANTANDER,** con NIT. 804.008.273-7, vinculada mediante Prestación de servicios de Apoyo a la Gestión como Técnico Auxiliar de Enfermería para la conformación y operación de los Equipos Básicos de Salud, en el marco de la estrategia de atención Primaria en Salud para el fortalecimiento del nivel primario de la E.S.E, conforme a lo dispuesto en la resolución 0709 de 2025 expedida por el Ministerio De Salud Y Protección Social.

CONTRATO N°	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
37-26	24/02/2026	25/04/2026

Se expide en Santa Bárbara a los catorce (14) días del mes de Agosto del Dos Mil Veintiséis (2026).

KELLY YOLIMA SANCHEZ CASTAÑEDA
Gerente

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	2026-10-16 12:04

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
JESIKA	MARIA	ROJAS	MORA

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	1116794549

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	ARAUCA	ARAUQUITA

Lugar de domicilio

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	SANTANDER	SANTA BÁRBARA

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	SANATORIO DE CONTRATACION, EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Lugar de sede

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	SANTANDER	CONTRATACIÓN

Dirección	[" CALLE 3 - 2 72"]
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	$7.000.000,00
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$7.000.000,00

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	$1.000.000,00

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 [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
CARLOS	JESUS	RUBIO	FLOREZ

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 1116802307

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:
