Nombre de persona o empresa

SOFIA HERNADEZ RIVERA

Nit / C.C.:

1053770512

Los siguientes datos relacionan el histórico de sanciones, multas o cualquier otro reporte por delitos contra la administración pública que haya sido impuesto a una persona natural o jurídica.

0

0 Sanciones disciplinarias

0 Multas y sanciones contractuales

0 Responsabilidades fiscales

Reporte General

Este informe se basa en los contratos registrados en el Sist. Electrónico de Contratación Pública, (SECOP), presentados a través del Portal de Datos Abiertos de Colombia.

Seleccione un año

Todos los años

Lista de los contratos más cuantiosos

*Para visualizar la información completa de los contratos, clic en link de Contrato.

Buscar:

#	Monto	Objeto de contrato	Entidad	Fecha inicio	Fecha terminación	Departamento	Detalles
1	$7,800,000	PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA ...	CALDAS - HOSPITAL SAN ANTONIO ...	2024-10-29	2024-12-31	CALDAS	
2	$7,500,000	PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA ...	CALDAS - HOSPITAL SAN ANTONIO ...	2025-10-16	2025-12-31	CALDAS	
3	$7,500,000	PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA ...	CALDAS - HOSPITAL SAN ANTONIO ...	2025-07-28	2025-09-30	CALDAS	
4	$2,500,000	PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA ...	CALDAS - HOSPITAL SAN ANTONIO ...	2026-02-13	2026-02-15	CALDAS	

Mostrando registros del 1 al 4 de un total de 4

Outlook

Re: SOLICITUD ACEPTACION CONTRATO

Desde Sofia Hernandez <sofiahr270804@gmail.com>
Fecha Mar 13/10/2026 11:24 AM
Para DECAL UPRES-DCL <decal.upres-dcl@policia.gov.co>

Cordial saludo.

Respetuosamente, me permito manifestar mi aceptación de la oferta de extensión del contrato hasta el 31 de mayo de 2027, con un plazo de ejecución de 219 días a partir del 22 de octubre de 2026.

De igual manera, confirmo mi aceptación de las condiciones contractuales relacionadas con las horas, actividades y obligaciones establecidas inicialmente.

Agradezco la información y la oportunidad brindada.

Atentamente,

Sofía Hernández

El mar, 13 oct 2026 a la(s) 11:20 a.m., DECAL UPRES-DCL (decal.upres-dcl@policia.gov.co) escribió:

> Mensaje de correo electrónico enviado por **decal.upres-dcl@policia.gov.co**
>
> Dios y Patria cordial saludo
>
> Respetuosamente me permito informar que actualmente se cuenta con el recurso económico de las vigencias futuras, es por esto que nos permitimos ofrecerle extender el contrato hasta el 31 de mayo de 2027 por un valor total de $18.998.907 con un plazo de ejecución de 219 días a partir del 22 de octubre de 2026, es de informar que las condiciones contractuales de horas, actividades y obligaciones contractuales seguirán siendo las mismas iniciales aceptadas.
>
> el rubro estaría divido de la siguiente manera:

vigencia 2026	$ 5.985.957	hasta el 31 diciembre de 2026
vigencia 2027	$ 13.012.950.	hasta el 31 de mayo de 2027

Atentamente,

Teniente
LINA MARÍA GARCÍA LEÓN
Jefe Establecimiento Complementario De Atención En Salud ESPCO
3505589860

POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA
Unidad Prestadora de Salud Caldas

El contenido de este mensaje y sus anexos es propiedad de la POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA son únicamente para el uso del destinatario y puede contener información de uso privilegiado o confidencial que no es de carácter público. Si usted no es el destinatario intencional, se le informa que cualquier uso, difusión, distribución o copiado de esta comunicación está terminantemente prohibido. Cualquier revisión, retransmisión, diseminación o uso del mismo, así como cualquier acción que se tome al respecto a la información contenida, por personas o entidades diferentes al propósito original de la misma es ilegal.

Outlook

Re: SOLICITUD ACEPTACION CONTRATO

Desde Sofia Hernandez <sofiahr270804@gmail.com>
Fecha Jue 8/10/2026 4:43 PM
Para DECAL UPRES-DCL <decal.upres-dcl@policia.gov.co>

Cordial saludo,

Por medio de la presente manifiesto mi aceptación de la nueva oferta de contrato por un plazo de ejecución de 69 días, con inicio el 22 de octubre de 2026 y por un valor total de $5.985.957.

De igual manera, confirmo que acepto las condiciones contractuales relacionadas con las horas, actividades y obligaciones establecidas inicialmente.

Agradezco la información y quedo atenta al proceso correspondiente.

Atentamente,

Sofía Hernández

El jue, 8 oct 2026 a la(s) 4:29 p.m., DECAL UPRES-DCL (decal.upres-dcl@policia.gov.co) escribió:

> Mensaje de correo electrónico enviado por **decal.upres-dcl@policia.gov.co**
>
> Señora
> **SOFIA HERNANDEZ RIVERA**
> 3202796077
> mail: SOFIAHR270804@GMAIL.COM
>
> Solicitud aceptación contrato
>
> Teniendo en cuenta que ya contamos con una aceptación de un contrato por un término de 86 días por un valor total del contrato por 7.460.758.00 y que debido a que no se logró obtener las certificaciones de validación a tiempo para inicio del contrato con fecha del 15 de octubre de 2026, respetuosamente me permito presentar una nueva oferta de contrato por un plazo de ejecución de 69 días, para inicio el 22 de octubre de 2026 por un valor total del contrato de 5.985.957.00 hasta diciembre de 2026.
>
> es de informar que las condiciones contractuales de horas, actividades y obligaciones contractuales seguirán siendo las mismas iniciales aceptadas.
>
> Atentamente,

Teniente
LINA MARÍA GARCÍA LEÓN
Jefe Establecimiento Complementario De Atención En Salud ESPCO
3505589860

POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA
Unidad Prestadora de Salud Caldas

El contenido de este mensaje y sus anexos es propiedad de la POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA con únicamente para el uso del destinatario y puede contener información de uso privilegiado o confidencial que no es de carácter público. Si usted no es el destinatario intencional, se le informa que cualquier uso, difusión, distribución o copiado de esta comunicación está terminantemente prohibido. Cualquier revisión, retransmisión, diseminación o uso del mismo, así como cualquier acción que se tome al respecto a la información contenida, por personas o entidades diferentes al propósito original de la misma es ilegal.

De: Sofia Hernandez <sofiahr270804@gmail.com>
Enviado: lunes, 21 de septiembre de 2026 4:58 p. m.
Para: DECAL UPRES-DCL <decal.upres-dcl@policia.gov.co>
Asunto: Re: SOLICITUD ACEPTACION CONTRATO

El lun, 21 sept 2026 a la(s) 4:35 p.m., DECAL UPRES-DCL (decal.upres-dcl@policia.gov.co) escribió:

> Mensaje de correo electrónico enviado por **decal.upres-dcl@policia.gov.co**
>
> Señora
> **SOFIA HERNANDEZ RIVERA**
> 3202796077
> mail: SOFIAHR270804@GMAIL.COM

Outlook

SOLICITUD ACEPTACION CONTRATO

Desde DECAL UPRES-DCL <decal.upres-dcl@policia.gov.co>
Fecha Lun 21/09/2026 4:35 PM
Para sofiahr270804@gmail.com <sofiahr270804@gmail.com>

1 archivo adjunto (32 KB)
MODELO RESPUESTA ALTO COSTO.docx;

Señora
SOFIA HERNANDEZ RIVERA
3202796077
mail: SOFIAHR270804@GMAIL.COM

Solicitud aceptación contrato

Por medio de la presente, me permito ofrecerle contrato de *prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión como **TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA Y/O ALTO COSTO*** , los cuales serán prestados de manera principal en el **Establecimiento de Sanidad Policial Complementario (ESPCO) – Clínica DECAL**, y de manera eventual en los demás lugares donde se requiera, dentro del ámbito de competencia de la Unidad Prestadora de Salud Caldas, de conformidad con lo establecido en la cláusula de obligaciones del contratista y cuando las necesidades del servicio así lo demanden. Para tal efecto, me acogeré a los honorarios establecidos por la Entidad.

Para lo anterior, manifiesto bajo la gravedad de juramento que **no me encuentro relacionada en el Boletín de Responsables Fiscales de la Contraloría General de la República**, dando cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 60 de la Ley 610 de 2000.

Igualmente, declaro que **no me encuentro incursa en inhabilidades ni incompatibilidades** para contratar con el Estado, incluida la prevista en el artículo 6 de la Ley 2097 de 2021, referente al Registro de Deudores Alimentarios Morosos; así mismo, manifiesto que no presento ningún tipo de prohibición ni conflicto de intereses. Autorizo a la entidad contratante para que realice las consultas correspondientes ante los organismos competentes (Procuraduría, Contraloría, Policía Nacional y demás entidades), con el fin de verificar la veracidad de la información consignada en mi hoja de vida, de manera previa a la firma del contrato y/o con la periodicidad que la ley lo disponga.

De igual forma, declaro que **no me encuentro sancionada por conductas contrarias a la ética profesional** que me inhabiliten para el ejercicio de la profesión, razón por la cual adjunto el certificado correspondiente que así lo acredita. En caso de que durante la ejecución del contrato sobrevenga alguna causal de inhabilidad, incompatibilidad, conflicto de intereses o sanción ética que restrinja el ejercicio profesional, me comprometo a informarlo de manera inmediata al supervisor del contrato y a la entidad contratante.

Así mismo, declaro que a la fecha **NO ( ) / SÍ ( )** tengo contratos en ejecución con otras entidades públicas, contando en todo caso con la capacidad e idoneidad necesarias para ejecutar el presente contrato.

Finalmente, manifiesto bajo la gravedad de juramento que **no presento patologías, condiciones de salud o circunstancias especiales** que restrinjan el ejercicio presencial de mi profesión frente al objeto del contrato, conforme a lo manifestado en el examen médico ocupacional pre-ocupacional.
En caso de ser atendida la presente solicitud, agradezco se me informe a la siguiente dirección y teléfono:

Dirección: XXXXXXXXXXXXXXXXX
Teléfono: XXXXXXXXXXXXXXXXX
Autorizo igualmente que cualquier notificación relacionada con esta propuesta y/o con el contrato sea enviada al correo electrónico:
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

ACTIVIDADES A REALIZAR:

El contratista deberá ejecutar las siguientes actividades:

Enfermedades huérfanas	190 horas
• Gestionar y corroborar que todos los usuarios con hemofilia y otras coagulopatías cuenten con la prueba de laboratorio que demuestre el déficit del factor.	Proporcional a las horas contratadas
• Garantizar que los usuarios con diagnóstico de hemofilia y otras coagulopatías sean valorados por un grupo interdisciplinario de acuerdo a lo indicado en el plan b de hemofilia y acuerdo marco de precios.	

• Todo paciente con diagnóstico de hemofilia u otra coagulopatía debe ser notificado y entregado al prestador externo designado en el acuerdo Marco (Medicarte IPS).	
Enfermedades infecciosas	
• Todo paciente con diagnóstico de novo de VIH debe cumplir con el algoritmo diagnóstico establecido en las nuevas Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Salud y Protección Social	Proporcional a las horas contratadas
(2021) y plasmado en el manual de VIH para la auditoria de la CAC.	
De igual manera se deberá corroborar el algoritmo diagnóstico en todo usuario que ingrese con el diagnóstico al Subsistema de Sanidad de la Policía Nacional.	
• Todo paciente con diagnóstico de VIH debe ser notificado y entregado al prestador externo correspondiente según su Regional de Aseguramiento en Salud y orden de compra asignada.	
• En cada uno de los establecimientos de sanidad de la Policía Nacional se debe realizar búsqueda activa institucional y captación de sintomáticos respiratorios para tuberculosis según las metas establecidas y en todos los usuarios captados debe completarse el algoritmo diagnóstico (prueba molecular, cultivo en medio líquido, baciloscopia seriada, pruebas de identificación y de sensibilidad a fármacos de primera y segunda línea, radiografía de tórax, PPD, y demás exámenes paraclínicos), de conformidad con la Resolución Número 000227 de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social "Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos del Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis".	
• Realizar seguimiento a la transcripción adecuada y completa de las historias clínicas de red externa de los pacientes con diagnóstico de VIH, que sean atendidos en los diferentes prestadores externos contratados para tal fin.	
• Realizar seguimiento a los pacientes con diagnóstico confirmado de Hepatitis C, con el ánimo de garantizar la adherencia a la Guía de Práctica Clínica para dicha patología.	
• Con respecto a las actividades de tuberculosis y siendo este un proceso en consolidación, se requiere una articulación entre el profesional que actualmente lidera el programa de tuberculosis (indistintamente de su dependencia) con cada uno de los líderes de gestión del riesgo-ALTO COSTO-RUTA CANCER en las UPRES y las RASES.	
• Para el reporte de la cohorte "SIN VIH" (gestantes, tuberculosis sin VIH e hijos expuestos al VIH), se requiere la articulación obligatoria con los líderes de la ruta Materno Perinatal y Promoción y Mantenimiento de la Salud, para el diligenciamiento de la base correspondiente, en aras de subsanar los hallazgos desfavorables evidenciados durante 2023.	
• Disponer de los soportes de entrega de TAR y preservativos.	
Articulación de los diferentes Grupos del nivel central con el Grupo Gestión del Riesgo en	
Salud, de las patologías de Alto Costo:	
Todos los prestadores, de red propia y externa, deben diligenciar las bases de datos de la Cuenta de ALTO COSTO-RUTA CANCERd e cada patología, de manera permanente. Estas bases deben ser enviadas por el profesional en enfermería responsable del Programa de Gestión de Enfermedades de ALTO COSTO-RUTA CANCER al médico líder de Gestión Integral del Riesgo en Salud de su regional con el objetivo de que este pueda consolidar, corregir, validar y notificar la información al nivel central en las fechas estipuladas para cada patología, con el respectivo certificado de veracidad. El certificado de veracidad debe realizarse y remitirse una vez el nivel central verifique y retroalimente los totales reportados.	Proporcional a las horas contratadas
Corresponde al responsable del Programa de Gestión de Enfermedades de ALTO COSTO-RUTA CANCER de cada UPRES, gestionar la consecución de los soportes de red propia y red externa correspondientes a cada usuario (historia clínica, laboratorios, medicamentos, facturas, certificado defunción, etc.) de manera oportuna, con el fin de ser remitidos al médico correspondiente a su regional y que este a su vez cargue la información en la carpeta del aplicativo FTP dispuesto para tal fin. La forma de marcar estos soportes, dependerá de la indicación dada por la Cuenta de ALTO COSTO-RUTA CANCER para cada patología.	
En caso de incumplimiento en lo que respecta a la oportunidad y calidad en el diligenciamiento y reporte de los anexos técnicos de las enfermedades de alto costo, la Ley 1438 de 2011 prevé que, por competencia, la Superintendencia Nacional de Salud, iniciará las investigaciones e impondrá las sanciones a que haya lugar.	
Profesional en enfermería responsable del Programa de Gestión de Enfermedades de ALTO COSTO-RUTA CANCERde las Unidades Prestadoras de Salud – UPRES	
3.1 Organizar e implementar en la UPRES, el Programa de Gestión de Enfermedades de Alto Costo.	
3.2 Enviar al médico líder de Gestión del Riesgo en Salud de la regional, los cumplimientos requeridos, así:	
3.2.1 De manera trimestral el formato de gestión referente a incidencia y prevalencia de las enfermedades de alto costo.	
3.2.2Realizar mensualmente el reporte de los indicadores en salud al aplicativo GEINF (de manera oportuna y coherente).	
3.2.3 Reportar al médico líder de ALTO COSTO-RUTA CANCERde su regional, el plan de actividades del Programa de Gestión en Enfermedades de ALTO COSTO-RUTA CANCERcon los correspondientes soportes del periodo correspondiente, al 31 de enero y 31 de julio.	
3.2.4 Reportar de manera semestral, la matriz de red de prestadores propios y de red externa para las patologías de alto costo.	
3.3 Socializar al personal responsable de los procesos de atención en salud la importancia en el diligenciamiento adecuado y completo de las historias clínicas, teniendo en cuenta la información que solicita la Cuenta de ALTO COSTO-RUTA CANCER para cada patología y soportar mediante actas de manera semestral.	
3.4 Promover actividades de participación ciudadana relacionadas con promoción, prevención y mantenimiento de la salud, haciendo énfasis en las patologías de ALTO COSTO-RUTA CANCER en el contexto del Modelo de Atención Integral en Salud.	
3.5 Remitir los casos incidentes de cada patología de ALTO COSTO-RUTA CANCER al médico líder de Gestión del Riesgo en Salud de su regional.	
3.6 Remitir bases de datos para cargue a la Cuenta de ALTO COSTO-RUTA CANCER debidamente diligenciadas al médico líder de Gestión del Riesgo en Salud de su Regional de Aseguramiento.	
3,7 Enviar el soporte de veracidad de la información, posterior a la remisión de la base de datos de cada patología, mediante comunicación oficial firmada por el Jefe de la Unidad Prestadora de Salud al médico líder de Gestión del Riesgo en Salud de su regional.	

Ejecutar los planes de mejoramiento generados por el médico líder de Gestión del Riesgo en Salud de la regional de aseguramiento, que permitan subsanar las glosas o no conformidades.	
3.10 Capacitar al personal responsable del diligenciamiento de las bases de datos de las patologías de ALTO COSTO-RUTA CANCER de la red externa contratada.	
3.11 Apoyar el proceso de atención integral en salud de usuarios con diagnóstico de enfermedades de alto costo, mediante la promoción del autocuidado de los pacientes, vigilancia de la adherencia a los programas y apoyo a la provisión oportuna de servicios en salud (medicamentos, exámenes de laboratorio, valoración por equipo multidisciplinario, asignación de citas, referencia y contra referencia en la red integrada de servicios)	
3.12 Cargar los indicadores de ALTO COSTO-RUTA CANCER durante los primeros 5 días de cada mes en la herramienta informativa del nivel central dispuesta para tal fin.	
3.13 Realizar actividades de control por patología de alto costo:	
3.13.1 Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) Adquirida (S/DA):	Proporcional a las horas contratadas
Síndrome Inmunodeficiencia	
a. Gestionar las novedades relacionadas con barreras de acceso y oportunidad de atención de los usuarios de su unidad y reportar al médico de la Regional de Aseguramiento correspondiente en caso de no ser subsanadas.	Proporcional a las horas contratadas
b. Garantizar que se cumpla con las frecuencias de uso de citas de especialidad y ayudas diagnósticas establecidas por las Guías de Práctica Clínica de esta patología.	
c. Realizar actividades que contribuyan al cumplimiento de la estrategia 90-90-90.	
d. Reportar los casos incidentes al médico líder de Gestión del Riesgo en Salud de la Regional de Aseguramiento correspondiente.	
3.13.2 Cáncer.	
a. Gestionar y notificar a la Regional de Aseguramiento, las novedades Gestionar y notificar A la Regional de Aseguramiento, las novedades correspondientes a barreras de acceso y oportunidad de citas de los usuarios con cáncer.	Proporcional a las horas contratadas
b. Realizar las acciones necesarias para subsanar las alertas reportadas por el médico de la Regional de Aseguramiento.	
3.13.3 Artritis Reumatoide:	
a. Reportar los casos incidentes con artritis reumatoide al médico líder de Gestión del Riesgo en Salud de su regional.	Proporcional a las horas contratadas
3.13.4 Enfermedad Renal Crónica, Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus;	
a. Implementar en las Unidades Prestadoras de Salud, las estrategias necesarias con el fin de garantizar que todos los pacientes de esta cohorte cuenten con los laboratorios clínicos de control correspondientes a su patología según las Guías de Práctica Clínica de cada patología,	Proporcional a las horas contratadas
b. Garantizar que los médicos de las UPRES reporten los paraclínicos con su respectiva interpretación en la historia clínica del aplicativo SISAP.	
c. Realizar seguimiento a los usuarios con Enfermedad Renal Crónica en estadio 3 y 4, con el fin de controlar el progreso de la enfermedad y así evitar el ingreso a terapia dialítica.	
d. Remitir al médico líder de Gestión del Riesgo en Salud, los usuarios con Enfermedad Renal Crónica estadio 3 y 4, que sean priorizados por criterio clínico.	
3.13.5 Enfermedades huérfanas:	
a. Diligenciar mensualmente el informe del plan B de hemofilia y enviarlo al médico líder de Gestión del Riesgo en Salud de su regional, para el seguimiento de los usuarios con diagnóstico de hemofilia u otras coagulopatías que se encuentren en tratamiento con factores.	Proporcional a las horas contratadas
b. Realizar seguimiento a los usuarios priorizados según criterio médico o alertas notificadas por el médico de la regional de Aseguramiento, con el fin de mitigar la presencia de complicaciones y garantizar la atención de manera oportuna.	
NOTA: Para el literal A "RESPONSABILIDAD Y ROLES NIVEL CENTRAL*, en sus numerales 2 "Médicos líderes de Gestión del Riesgo en Salud de las patologías de Alto Costo",3 "Responsable de recepción y trámite de información en Salud",	
4 "Auxiliar de apoyo", y para el literal B "RESPONSABILIDADES Y ROLES DE LAS REGIONALES DE ASEGURAMIENTO EN SALUD (RASES) Y UNIDADES PRESTADORAS DE SALUD (UPRES) TIPO A Y B" en sus numerales 2 "Médico líder de Gestión del Riesgo en Salud de las Regionales de Aseguramiento",3 "Profesional en enfermería responsable del programa de Gestión de Enfermedades de ALTO COSTO-RUTA CANCERde las Unidades Prestadoras de Salud – UPRES",se designará mediante Orden Interna elaborada por el Jefe del Área Gestión de Aseguramiento en Salud (ARASI).	
Todos los prestadores, de red propia y externa, deben diligenciar las bases de datos de la Cuenta de ALTO COSTO-RUTA CANCERde cada patología, de manera permanente. Estas bases deben ser enviadas por el profesional en enfermería responsable del Programa de Gestión de Enfermedades de ALTO COSTO-RUTA CANCERal médico líder de Gestión Integral del Riesgo en Salud de su regional con el objetivo de que este pueda consolidar, corregir, validar y notificar la información al nivel central en las fechas estipuladas para cada patología, con el respectivo certificado de veracidad. El certificado de veracidad debe realizarse y remitirse una vez el nivel central verifique y retroalimente los totales reportados.	
Corresponde al responsable del Programa de Gestión de Enfermedades de ALTO COSTO-RUTA CANCERde cada UPRES, gestionar la consecución de los soportes de red propia y red externa correspondientes a cada usuario (historia clínica, laboratorios, medicamentos, facturas, certificado defunción, etc.) de manera oportuna, con el fin de ser remitidos al médico correspondiente a su regional y que este a su vez cargue la información en la carpeta del aplicativo FTP dispuesto para tal fin. La forma de marcar estos soportes, dependerá de la indicación dada por la Cuenta de ALTO COSTO-RUTA CANCERpara cada patología. En caso de incumplimiento en lo que respecta a la oportunidad y calidad en el diligenciamiento y reporte de los anexos técnicos de las enfermedades de alto costo, la Ley 1438 de 2011 prevé que, por competencia, la Superintendencia Nacional de Salud, iniciará las investigaciones e impondrá las sanciones a que haya lugar.	
Reporte Cuenta Salud Mental	
a. Reportar los casos incidentes con Salud Mental al médico líder de Gestión del Riesgo en Salud de su regional.	Proporcional a las horas contratadas

ACTIVIDADES TRANSVERSALES OBLIGATORIAS

- Cumplimiento de protocolos y guías clínicas
- Registro adecuado en la historia clínica
- Identificación y gestión del riesgo
- Educación al usuario y familia
- Seguridad del paciente
- Participación en programas de salud publica
- Cumplimiento de normas de bioseguridad
- Participación en actividades de calidad
- Trabajo en equipo interdisciplinario

Tiempo Completo – 190 horas

- Aproximadamente 8 horas dia principalmente en alto costo-ruta cencer administrativo

La programación de actividades se realizará conforme a la necesidad del servicio, sin que ello implique subordinación laboral, conservando el profesional autonomía técnica y científica en el ejercicio de su actividad.

NATURALEZA JURÍDICA

El presente anexo no genera relación laboral. El contratista conserva autonomía técnica, científica y administrativa en la ejecución de sus actividades, limitándose la relación al cumplimiento del objeto contractual.

PLAZO DE EJECUCIÓN: 86 días
HORAS DIA: 8 DIARIAS
HORAS SEMANAL: 44 SEMANALES
HORAS MES: 190 MENSUAL
VALOR HONORARIOS: $2.602.590
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $7.460.758.00

Dios y Patria cordial saludo

Respetuosamente

Atentamente,

Teniente
LINA MARÍA GARCÍA LEÓN
Jefe Establecimiento Complementario De Atención En Salud ESPCO
3505589860

POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA
Unidad Prestadora de Salud Caldas

El contenido de este mensaje y sus anexos es propiedad de la POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA son únicamente para el uso del destinatario y puede contener información de uso privilegiado o confidencial que no es de carácter público. Si usted no es el destinatario intencional, se le informa que cualquier uso, difusión, distribución o copiado de esta comunicación está terminantemente prohibido. Cualquier revisión, retransmisión, diseminación o uso del mismo, así como cualquier acción que se tome al respecto a la información contenida, por personas o entidades diferentes al propósito original de la misma es ilegal.

Manizales

Señor
COMANDANTE
POLICÍA METROPOLITANA DE MANIZALES
Ciudad

Respetado señor Coronel:

Por medio de la presente, me permito ofrecer a la **Policía Nacional – Dirección de Sanidad – Policía Metropolitana de Manizales**, mis servicios profesionales como **TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA**, los cuales serán prestados de manera principal en el **Establecimiento de Sanidad Policial Complementario (ESPCO) – Clínica DECAL**, y de manera eventual en los demás lugares donde se requiera, dentro del ámbito de competencia de la Unidad Prestadora de Salud Caldas, de conformidad con lo establecido en la cláusula de obligaciones del contratista y cuando las necesidades del servicio así lo demanden. Para tal efecto, me acogeré a los honorarios establecidos por la Entidad.

Para lo anterior, manifiesto bajo la gravedad de juramento que **no me encuentro relacionada en el Boletín de responsables Fiscales de la Contraloría General de la República**, dando cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 60 de la Ley 610 de 2000.

Igualmente, declaro que **no me encuentro incursa en inhabilidades ni incompatibilidades** para contratar con el Estado, incluida la prevista en el artículo 6 de la Ley 2097 de 2021, referente al Registro de Deudores Alimentarios Morosos; así mismo, manifiesto que no presento ningún tipo de prohibición ni conflicto de intereses. Autorizo a la entidad contratante para que realice las consultas correspondientes ante los organismos competentes (Procuraduría, Contraloría, Policía Nacional y demás entidades), con el fin de verificar la veracidad de la información consignada en mi hoja de vida, de manera previa a la firma del contrato y/o con la periodicidad que la ley lo disponga.

De igual forma, declaro que **no me encuentro sancionada por conductas contrarias a la ética profesional** que me inhabiliten para el ejercicio de la profesión, razón por la cual adjunto el certificado correspondiente que así lo acredita. En caso de que durante la ejecución del contrato sobrevenga alguna causal de inhabilidad, incompatibilidad, conflicto de intereses o sanción ética que restrinja el ejercicio profesional, me comprometo a informarlo de manera inmediata al supervisor del contrato y a la entidad contratante.

Así mismo, declaro que a la fecha **NO (x) / SÍ ( )** tengo contratos en ejecución con otras entidades públicas, contando en todo caso con la capacidad e idoneidad necesarias para ejecutar el presente contrato.

Finalmente, manifiesto bajo la gravedad de juramento que **no presento patologías, condiciones de salud o circunstancias especiales** que restrinjan el ejercicio presencial de mi profesión frente al objeto del contrato, conforme a lo manifestado en el examen médico ocupacional pre-ocupacional.

Atendiendo la presente solicitud, adjunto la siguiente información

Dirección: Calle 10 A # 1B-14 piso 2
Teléfono: 3202796077

Autorizo igualmente que cualquier notificación relacionada con esta propuesta y/o con el contrato sea enviada al

correo electrónico: **sofiahr270804@gmail.com**

ACTIVIDADES A REALIZAR:

El contratista deberá ejecutar las siguientes actividades:

Enfermedades huérfanas	190 horas
• Gestionar y corroborar que todos los usuarios con hemofilia y otras coagulopatías cuenten con la prueba de laboratorio que demuestre el déficit del factor.	Proporcional a las horas contratadas
• Garantizar que los usuarios con diagnóstico de hemofilia y otras coagulopatías sean valorados por un grupo interdisciplinario de acuerdo a lo indicado en el plan b de hemofilia y acuerdo marco de precios.	
• Todo paciente con diagnóstico de hemofilia u otra coagulopatía debe ser notificado y entregado al prestador externo designado en el acuerdo Marco (Medicarte IPS).	
Enfermedades infecciosas	
• Todo paciente con diagnóstico de novo de VIH debe cumplir con el algoritmo diagnóstico establecido en las nuevas Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Salud y Protección Social	Proporcional a las horas contratadas
(2021) y plasmado en el manual de VIH para la auditoria de la CAC.	
De igual manera se deberá corroborar el algoritmo diagnóstico en todo usuario que ingrese con el diagnóstico al Subsistema de Sanidad de la Policía Nacional.	
• Todo paciente con diagnóstico de VIH debe ser notificado y entregado al prestador externo correspondiente según su Regional de Aseguramiento en Salud y orden de compra asignada.	
• En cada uno de los establecimientos de sanidad de la Policía Nacional se debe realizar búsqueda activa institucional y captación de sintomáticos respiratorios para tuberculosis según las metas establecidas y en todos los usuarios captados debe completarse el algoritmo diagnóstico (prueba molecular, cultivo en medio líquido, baciloscopia seriada, pruebas de identificación y de sensibilidad a fármacos de primera y segunda línea, radiografía de tórax, PPD, y demás exámenes paraclínicos), de conformidad con la Resolución Número 000227 de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social "Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos del Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis".	
• Realizar seguimiento a la transcripción adecuada y completa de las historias clínicas de red externa de los pacientes con diagnóstico de VIH, que sean atendidos en los diferentes prestadores externos contratados para tal fin.	
• Realizar seguimiento a los pacientes con diagnóstico confirmado de Hepatitis C, con el ánimo de garantizar la adherencia a la Guía de Práctica Clínica para dicha patología.	
• Con respecto a las actividades de tuberculosis y siendo este un proceso en consolidación, se requiere una articulación entre el profesional que actualmente lidera el programa de tuberculosis (indistintamente de su dependencia) con cada uno de los líderes de gestión del riesgo-ALTO COSTO-RUTA CANCER en las UPRES y las RASES.	
• Para el reporte de la cohorte "SIN VIH" (gestantes, tuberculosis sin VIH e hijos expuestos al VIH), se requiere la articulación obligatoria con los líderes de la ruta	

Materno Perinatal y Promoción y Mantenimiento de la Salud, para el diligenciamiento de la base correspondiente, en aras de subsanar los hallazgos desfavorables evidenciados durante 2023.	
• Disponer de los soportes de entrega de TAR y preservativos.	
Articulación de los diferentes Grupos del nivel central con el Grupo Gestión del Riesgo en	
Salud, de las patologías de Alto Costo:	
Todos los prestadores, de red propia y externa, deben diligenciar las bases de datos de la Cuenta de ALTO COSTO-RUTA CANCERd e cada patología, de manera permanente. Estas bases deben ser enviadas por el profesional en enfermería responsable del Programa de Gestión de Enfermedades de ALTO COSTO-RUTA CANCER al médico líder de Gestión Integral del Riesgo en Salud de su regional con el objetivo de que este pueda consolidar, corregir, validar y notificar la información al nivel central en las fechas estipuladas para cada patología, con el respectivo certificado de veracidad. El certificado de veracidad debe realizarse y remitirse una vez el nivel central verifique y retroalimente los totales reportados.	
Corresponde al responsable del Programa de Gestión de Enfermedades de ALTO COSTO-RUTA CANCER de cada UPRES, gestionar la consecución de los soportes de red propia y red externa correspondientes a cada usuario (historia clínica, laboratorios, medicamentos, facturas, certificado defunción, etc.) de manera oportuna, con el fin de ser remitidos al médico correspondiente a su regional y que este a su vez cargue la información en la carpeta del aplicativo FTP dispuesto para tal fin. La forma de marcar estos soportes, dependerá de la indicación dada por la Cuenta de ALTO COSTO-RUTA CANCER para cada patología.	
En caso de incumplimiento en lo que respecta a la oportunidad y calidad en el diligenciamiento y reporte de los anexos técnicos de las enfermedades de alto costo, la Ley 1438 de 2011 prevé que, por competencia, la Superintendencia Nacional de Salud, iniciará las investigaciones e impondrá las sanciones a que haya lugar.	Proporcional a las horas contratadas
Profesional en enfermería responsable del Programa de Gestión de Enfermedades de ALTO COSTO-RUTA CANCERde las Unidades Prestadoras de Salud – UPRES	
3.1 Organizar e implementar en la UPRES, el Programa de Gestión de Enfermedades de Alto Costo.	
3.2 Enviar al médico líder de Gestión del Riesgo en Salud de la regional, los cumplimientos requeridos, así:	
3.2.1 De manera trimestral el formato de gestión referente a incidencia y prevalencia de las enfermedades de alto costo.	
3.2.2Realizar mensualmente el reporte de los indicadores en salud al aplicativo GEINF (de manera oportuna y coherente).	
3.2.3 Reportar al médico líder de ALTO COSTO-RUTA CANCERde su regional, el plan de actividades del Programa de Gestión en Enfermedades de ALTO COSTO-RUTA CANCERcon los correspondientes soportes del periodo correspondiente, al 31 de enero y 31 de julio.	

3.2.4 Reportar de manera semestral, la matriz de red de prestadores propios y de red externa para las patologías de alto costo.	
3.3 Socializar al personal responsable de los procesos de atención en salud la importancia en el diligenciamiento adecuado y completo de las historias clínicas, teniendo en cuenta la información que solicita la Cuenta de ALTO COSTO-RUTA CANCER para cada patología y soportar mediante actas de manera semestral.	
3.4 Promover actividades de participación ciudadana relacionadas con promoción, prevención y mantenimiento de la salud, haciendo énfasis en las patologías de ALTO COSTO-RUTA CANCER en el contexto del Modelo de Atención Integral en Salud.	
3.5 Remitir los casos incidentes de cada patología de ALTO COSTO-RUTA CANCER al médico líder de Gestión del Riesgo en Salud de su regional.	
3.6 Remitir bases de datos para cargue a la Cuenta de ALTO COSTO-RUTA CANCER debidamente diligenciadas al médico líder de Gestión del Riesgo en Salud de su Regional de Aseguramiento.	
3,7 Enviar el soporte de veracidad de la información, posterior a la remisión de la base de datos de cada patología, mediante comunicación oficial firmada por el Jefe de la Unidad Prestadora de Salud al médico líder de Gestión del Riesgo en Salud de su regional.	
Ejecutar los planes de mejoramiento generados por el médico líder de Gestión del Riesgo en Salud de la regional de aseguramiento, que permitan subsanar las glosas o no conformidades.	
3.10 Capacitar al personal responsable del diligenciamiento de las bases de datos de las patologías de ALTO COSTO-RUTA CANCER de la red externa contratada.	
3.11 Apoyar el proceso de atención integral en salud de usuarios con diagnóstico de enfermedades de alto costo, mediante la promoción del autocuidado de los pacientes, vigilancia de la adherencia a los programas y apoyo a la provisión oportuna de servicios en salud (medicamentos, exámenes de laboratorio, valoración por equipo multidisciplinario, asignación de citas, referencia y contra referencia en la red integrada de servicios)	
3.12 Cargar los indicadores de ALTO COSTO-RUTA CANCER durante los primeros 5 días de cada mes en la herramienta informativa del nivel central dispuesta para tal fin.	
3.13 Realizar actividades de control por patología de alto costo:	
3.13.1 Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) Adquirida (S/DA):	Proporcional a las horas contratadas
Síndrome Inmunodeficiencia	
a. Gestionar las novedades relacionadas con barreras de acceso y oportunidad de atención de los usuarios de su unidad y reportar al médico de la Regional de Aseguramiento correspondiente en caso de no ser subsanadas.	Proporcional a las horas contratadas
b. Garantizar que se cumpla con las frecuencias de uso de citas de especialidad y ayudas diagnósticas establecidas por las Guías de Práctica Clínica de esta patología.	
c. Realizar actividades que contribuyan al cumplimiento de la estrategia 90-90-90.	

d. Reportar los casos incidentes al médico líder de Gestión del Riesgo en Salud de la Regional de Aseguramiento correspondiente.	
3.13.2 Cáncer.	
a. Gestionar y notificar a la Regional de Aseguramiento, las novedades Gestionar y notificar A la Regional de Aseguramiento, las novedades correspondientes a barreras de acceso y oportunidad de citas de los usuarios con cáncer.	Proporcional a las horas contratadas
b. Realizar las acciones necesarias para subsanar las alertas reportadas por el médico de la Regional de Aseguramiento.	
3.13.3 Artritis Reumatoide:	
a. Reportar los casos incidentes con artritis reumatoide al médico líder de Gestión del Riesgo en Salud de su regional.	Proporcional a las horas contratadas
3.13.4 Enfermedad Renal Crónica, Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus;	
a. Implementar en las Unidades Prestadoras de Salud, las estrategias necesarias con el fin de garantizar que todos los pacientes de esta cohorte cuenten con los laboratorios clínicos de control correspondientes a su patología según las Guías de Práctica Clínica de cada patología,	Proporcional a las horas contratadas
b. Garantizar que los médicos de las UPRES reporten los paraclínicos con su respectiva interpretación en la historia clínica del aplicativo SISAP.	
c. Realizar seguimiento a los usuarios con Enfermedad Renal Crónica en estadio 3 y 4, con el fin de controlar el progreso de la enfermedad y así evitar el ingreso a terapia dialítica.	
d. Remitir al médico líder de Gestión del Riesgo en Salud, los usuarios con Enfermedad Renal Crónica estadio 3 y 4, que sean priorizados por criterio clínico.	
3.13.5 Enfermedades huérfanas:	
a. Diligenciar mensualmente el informe del plan B de hemofilia y enviarlo al médico líder de Gestión del Riesgo en Salud de su regional, para el seguimiento de los usuarios con diagnóstico de hemofilia u otras coagulopatías que se encuentren en tratamiento con factores.	Proporcional a las horas contratadas
b. Realizar seguimiento a los usuarios priorizados según criterio médico o alertas notificadas por el médico de la regional de Aseguramiento, con el fin de mitigar la presencia de complicaciones y garantizar la atención de manera oportuna.	
NOTA: Para el literal A "RESPONSABILIDAD Y ROLES NIVEL CENTRAL*, en sus numerales 2 "Médicos líderes de Gestión del Riesgo en Salud de las patologías de Alto Costo",3 "Responsable de recepción y trámite de información en Salud",	
4 "Auxiliar de apoyo", y para el literal B "RESPONSABILIDADES Y ROLES DE LAS REGIONALES DE ASEGURAMIENTO EN SALUD (RASES) Y UNIDADES PRESTADORAS DE SALUD (UPRES) TIPO A Y B" en sus numerales 2 "Médico líder de Gestión del Riesgo en Salud de las Regionales de Aseguramiento",3 "Profesional en enfermería responsable del programa de Gestión de Enfermedades de ALTO COSTO-RUTA CANCERde las Unidades Prestadoras de Salud – UPRES",se designará mediante Orden Interna elaborada por el Jefe del Área Gestión de Aseguramiento en Salud (ARASI).	
Todos los prestadores, de red propia y externa, deben diligenciar las bases de datos de la Cuenta de ALTO COSTO-RUTA CANCERde cada patología, de manera permanente. Estas bases deben ser enviadas por el profesional en	

enfermería responsable del Programa de Gestión de Enfermedades de ALTO COSTO-RUTA CANCERal médico líder de Gestión Integral del Riesgo en Salud de su regional con el objetivo de que este pueda consolidar, corregir, validar y notificar la información al nivel central en las fechas estipuladas para cada patología, con el respectivo certificado de veracidad. El certificado de veracidad debe realizarse y remitirse una vez el nivel central verifique y retroalimente los totales reportados.	
Corresponde al responsable del Programa de Gestión de Enfermedades de ALTO COSTO-RUTA CANCERde cada UPRES, gestionar la consecución de los soportes de red propia y red externa correspondientes a cada usuario (historia clínica, laboratorios, medicamentos, facturas, certificado defunción, etc.) de manera oportuna, con el fin de ser remitidos al médico correspondiente a su regional y que este a su vez cargue la información en la carpeta del aplicativo FTP dispuesto para tal fin. La forma de marcar estos soportes, dependerá de la indicación dada por la Cuenta de ALTO COSTO-RUTA CANCERpara cada patología. En caso de incumplimiento en lo que respecta a la oportunidad y calidad en el diligenciamiento y reporte de los anexos técnicos de las enfermedades de alto costo, la Ley 1438 de 2011 prevé que, por competencia, la Superintendencia Nacional de Salud, iniciará las investigaciones e impondrá las sanciones a que haya lugar.	
Reporte Cuenta Salud Mental	
a. Reportar los casos incidentes con Salud Mental al médico líder de Gestión del Riesgo en Salud de su regional.	Proporcional a las horas contratadas

ACTIVIDADES TRANSVERSALES OBLIGATORIAS

- Cumplimiento de protocolos y guías clínicas
- Registro adecuado en la historia clínica
- Identificación y gestión del riesgo
- Educación al usuario y familia
- Seguridad del paciente
- Participación en programas de salud publica
- Cumplimiento de normas de bioseguridad
- Participación en actividades de calidad
- Trabajo en equipo interdisciplinario

Tiempo Completo – 190 horas

- Aproximadamente 8 horas dia principalmente en alto costo-ruta cencer administrativo
-

La programación de actividades se realizará conforme a la necesidad del servicio, sin que ello implique subordinación laboral, conservando el profesional autonomía técnica y científica en el ejercicio de su actividad.

NATURALEZA JURÍDICA

El presente anexo no genera relación laboral. El contratista conserva autonomía técnica, científica y administrativa en la ejecución de sus actividades, limitándose la relación al cumplimiento del objeto contractual.

PLAZO DE EJECUCIÓN: 86 días
HORAS DIA: 8 DIARIAS
HORAS SEMANAL: 44 SEMANALES
HORAS MES: 190 MENSUAL
VALOR HONORARIOS: $2.602.590
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $7.460.758

Para los fines pertinentes, anexo mi hoja de vida y los demás documentos soporte requeridos por la entidad.

Cordialmente,

Sofía Hernandez R.
Sofía Hernández Rivera
Nombre completo
TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA
C.C. No. 1053770512

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
Hernandez	Rivera	Sofia

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1053770512	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 27 MES 08 AÑO 2004	CALLE 10A 1B 14			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	CALDAS
DEPTO	CALDAS	MUNICIPIO	VILLAMARÍA		
MUNICIPIO	MANIZALES	TELÉFONO		EMAIL	sofiahr270804@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	EDUCACION MEDIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2021
										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	4		X	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO			

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ANTONIO VILLAMARIA CALDAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* VILLAMARÍA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8770011	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	09	*Año*	2025	*Día*	16	*Mes*	02	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA						*DIRECCIÓN* AVENIDA CARRERA 6 5 68					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ANTONIO VILLAMARIA CALDAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* VILLAMARÍA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8770011	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	18	*Mes*	03	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA						*DIRECCIÓN* AVENIDA CARRERA 6 5 68					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CONSULTORIO YELENCA ORTEGA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* MANIZALES						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3168683456	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	14	*Mes*	01	*Año*	2022	*Día*	27	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* ASISTENTE						*DIRECCIÓN* CARRERA 4 5 48					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO IMSALUD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* MANIZALES						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8727321	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	18	*Mes*	08	*Año*	2023	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA						*DIRECCIÓN* CALLE 27 17 32					

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	1	7
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	3
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO __X__ 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

Sofía Hernández R.

Villamaría 25/09/2026

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.

Manizales 25.09.2026.

Ciudad y fecha

Dina García León

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Certificado de Información

El Departamento Administrativo de la Función Pública certifica que en el Sistema de Información y Gestión del Empleo Público – SIGEPII, el usuario Sofia Hernandez Rivera identificado(a) tipo de identificación CEDULA DE CIUDADANIA 1053770512 no registra actualmente Vinculación Activa ni contrato Vigente en el SIGEPII en la entidad DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL donde está asociado el usuario.
Esta certificación se expide a los 30 días del mes de septiembre del año 2026, a las 16:05 (horas)

Función Pública

Liceo Aprender

Villamaría, Caldas

CÓDIGO DANE: 317873000833
NIT: 25233040-6
CÓDIGO ICFES: 191106

Acta Individual de Graduación

En el municipio de Villamaría, Caldas, a los 30 días del mes de noviembre del año 2021, se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes del último grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría del

Liceo Aprender

Autorizado por la Secretaría de Educación Departamental de Caldas, según Resolución No. 3064-6 del 15 de mayo de 2014 para otorgar el Título de:

BACHILLER en la modalidad ACADÉMICA

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media, se procedió a otorgar el título de

Bachiller Académico

al graduando cuyos nombre, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación

Sofía Hernández Rivera

Identificada con T.I. No. 1.053.770.512 de Dosquebradas, Risaralda

El Acta General consta de cuarenta (40) estudiantes la cual inicia con el nombre de JUAN MANUEL ARIZA VÉLEZ y finaliza con el nombre de JUAN CAMILO ZAPATA BOTERO

Es fiel copia tomada del Acta General No. LIA 08-21 de fecha 30 del mes de noviembre del año 2021,

Firmada y sellada por Mg. FERNANDO GAVIRIA PUERTA (Rector) y WALTER DENNY CASTRILLÓN RINCÓN (Secretario).

Dada en Villamaría, Caldas, el 30 días del mes de noviembre de 2021.

Firmada y Sellada

Mg. FERNANDO GAVIRIA PUERTA
C.C. No. 75.146.648 de Chinchiná
Rector

WALTER DENNY CASTRILLÓN RINCÓN
C.C. No. 10.278.776 de Manizales
Secretario

Scanned with

La República de Colombia
(Ministerio de Educación Nacional)
y en su nombre, el

Liceo Aprender

Villamaría, Caldas

Autorizado por la Secretaría de Educación Departamental de Caldas,
según Resolución No. 3064-6 del 15 de mayo de 2014,

Confiere a:

Sofía Hernández Rivera

Identificada con T.I. No. 1.053.770.512 de Dosquebradas, Risaralda

El Título de

Bachiller Académico

Por haber culminado satisfactoriamente el Nivel de Educación Media Académica, según lo dispuesto en los Artículos 28 y 88 de la Ley 115 de 1994, 2.3.3.1.3.3. Numeral 2 del Decreto único de Educación 1075 de 2015 y cumplido con todos los requisitos de promoción adoptados en el Proyecto Educativo Institucional (P.E.I).

Mg. Fernanda Caviria Puerta
Rector

Walter Denny Castrillón Rincón
Secretario

Dado en Villamaría, Caldas, el día 30 del mes de Noviembre de 2021

No requiere registro, según Decreto No. 921 del 6 de mayo de 1994, expedido por el M.E.N.

Scanned with

La República de Colombia y en su nombre

La Escuela de Salud "San Pedro Claver"

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Con licencia de funcionamiento según Resolución No. 1997
del 21 de Diciembre de 2009 de la Secretaría de Educación de Manizales

Confiere el Certificado de Aptitud Ocupacional por competencias en

TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA

Sofia Hernández Rivera

Identificado(a) con C.C. 1.053.770.512 de Villamaría

Por haber cursado y aprobado el programa de Técnico Laboral en Auxiliar en Enfermería, con una Intensidad total de 1.800 HORAS. Registrado ante la Secretaría de Educación de Manizales, según resolución de aprobación No. 1303 del 07 de Julio de 2016

ESCUELA DE SALUD "SAN PEDRO CLAVER"

Director

ESCUELA DE SALUD "SAN PEDRO CLAVER"

Secretaria

Dado en Manizales a los 14 días del mes de Julio de 2023

Anotado al libro de Registro No. 03 Folio 195

Scanned with CamScanner

Escuela de Salud
"San Pedro Claver"

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

N.I.T.: 901.059.964-8

Aprobada por la Secretaría de Educación de Manizales, con licencia de funcionamiento según resolución No. 1997 del 21 de Diciembre de 2009
Registrado ante la Secretaría de Educación de Manizales
Según resolución de aprobación No. 1303 del 07 de Julio de 2016

ACTA INDIVIDUAL DE CERTIFICACION

En la ciudad de Manizales, a los catorce (14) días del mes de julio del año 2023 se reunieron con el fin de formalizar la terminación de estudios de los estudiantes del programa TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA, los suscritos director y secretaria de la **ESCUELA DE SALUD "SAN PEDRO CLAVER"**, Institución aprobada por la Secretaría de Educación de Manizales, con Licencia de Funcionamiento según Resolución No. 1997 del 21 de diciembre de 2009 y con registro del programa ante la Secretaria de Educación de Manizales, según Resolución de aprobación No. 1303 de julio 07 de 2016 y autorizada para otorgar **CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL.**

Comprobada la situación legal y académica de los estudiantes que cursaron y culminaron los estudios correspondientes a la modalidad **EN AUXILIAR DE ENFERMERIA**, se procedió a otorgar el CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL, a los graduandos, cuyos nombres, apellidos y documento de identificación se relacionan a continuación:

HERNANDEZ RIVERA SOFIA
C.C N.° 1.053.770.512 de Villamaria

Es fiel copia tomada del acta original N.° 39 de fecha 14 de julio del año 2023 que comienza con el nombre **AGUDELO ECHEVERRI JOSE HERMEN** y se cierra con el nombre **VILLEGAS VILLALTA SALOME.**

Firmado y sellado por **JAIRO HERNAN FRANCO ROA** (director) y por **MARIA ALEJANDRA GOMEZ DUQUE** (secretaria).

Dada en la ciudad de Manizales a los catorce (14) días del mes de julio de 2023.

ESCUELA DE SALUD
"SAN PEDRO CLAVER"

ESCUELA DE SALUD
"SAN PEDRO CLAVER"

JAIRO HERNAN FRANCO ROA
C.C. 6.775.783 de Tunja
Director

MARIA ALEJANDRA GOMEZ DUQUE
C.C. 1.053.835.367 de Manizales
secretaria

Registrado en el Libro No. 03 anotado al Folio No. 195

Scanned with

Verificacion certificado académico Resumir este correo electrónico

DECAL GUSAP-HV

Responder Responder a todos Reenviar

Para: ALEJANDRA GOMEZ <alejandragomez@escuelasanpedroc.com.co>

Lun 28/09/2026 8:22

CONSENTIMIENTO INFORM... 380 KB

CERTIFICADO ACADEMICO S... 938 KB

2 archivos adjuntos (1 MB) Guardar todo en OneDrive - POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA Descargar todo

Manizales, 28 de septiembre de 2026

Dios y patria buenas tardes, de manera atenta y respetuosa me permito solicitar tenga a bien indicar la veracidad de la certificación académica en archivo anexo, la cual fue proporcionada por la señora SOFIA HERNANDEZ RIVERA identificada con cedula de ciudadanía No.1053770512 así mismo si cumplió con los requisitos para adquirir el título profesional como TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA.

Lo anterior teniendo en cuenta que la profesional se presentó a un proceso de selección en la Unidad Prestadora de Salud Caldas Clínica de la Policía de la ciudad de Manizales y para nosotros es importante contar con profesionales de la salud capacitados y con vocación para la prestación del servicio de atención en salud a nuestros usuarios; así mismo que el mismo no incumpla con los requisitos establecidos por Ley y lo establecido por la Dirección de Sanidad.

Agradezco la atención prestada a la presente solicitud y esperando una pronta respuesta ante la misma.

Atentamente,

CPS-4

Vanessa Rojas Usma

Escuela de Salud
"San Pedro Claver"

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

N.I.T.: 40.367.583 - 3

Aprobada por la Secretaría de Educación de Manizales, con licencia
de funcionamiento según resolución No. 1997 del 21 de Diciembre de 2009
Registrado ante la Secretaría de Educación de Manizales
Según resolución de aprobación No. 1303 del 07 de Julio de 2016

Manizales, 05 de octubre del 2026

Señora
VANESSA ROJAS USMA
Psicóloga Talento Humano
POLICIA NACIONAL DE COLOMBIA
Ciudad

Dando respuesta a su solicitud le notifico que:

SOFIA HERNANDEZ RIVERA Cedula de Ciudadanía No. 1.053.770.512 de Villamaría, se le otorgo el titulo como TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERIA; Según acta general de graduación No. 39 contenido en el folio No. 195 en Manizales a los 14 días del mes de julio del 2023.

Atentamente;

JAIRO HERNAN FRANCO ROA

Director

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 *

1053770512

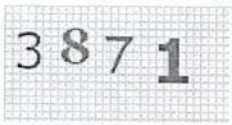
Primer Nombre

SOFIA

Primer Apellido

HERNANDEZ

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

2873

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2026-09-30→4:06:37 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificaci
CC	1053770512	SOFIA		HERNANDEZ	RIVERA	Vigente

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) SOFIA HERNANDEZ RIVERA identificado(a) con CC 1053770512 registra La siguiente información:

2026-09-30→4:06:37 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	AUXILIAR DE ENFERMERIA	2023-05-11	12752023	DIRECCION TERRITORIAL SALUD DE CALDAS

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

Territorial
Dirección Seccional de Salud de Caldas

RESOLUCIÓN No. RP - 1275-2023 DE 27 JUL 2023

"POR LA CUAL SE CONCEDE UNA AUTORIZACIÓN PARA EL EJERCICIO DE UNA OCUPACION EN AREAS DE AUXILIARES DE LA SALUD"

LA SUBDIRECCION DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y ASEGURAMIENTO DE LA DIRECCIÓN TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS, en cumplimiento al artículo 209 de la Constitución Política de Colombia, al artículo 3 de la ley 1437 de 2011, al Decreto No 1875 de Agosto 3 de 1994 expedido por el Ministerio de Educación Nacional, Resolución 8211 del 15 de junio de 1989, Decreto 1352 de 2000, Decreto 4904 de 2009, Resolución 3030 de 2014 del Ministerio de Salud, Resolución de Delegación de Funciones 1273 del 12 de septiembre de 2013 y Resolución 060 del 3 de febrero de 2020, nombramiento de la Subdirectora de Prestación de Servicios y Aseguramiento de la Dirección Territorial de Salud de Caldas, Resolución 0008 del 13 de Enero de 2023, por medio de la cual se hace un encargo y,

C O N S I D E R A N D O

Que **SOFIA HERNANDEZ RIVERA** con número de cc 1053770512 a solicitado la autorización y registro del certificado de Aptitud Ocupacional por competencias laborales en áreas de la salud como **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERIA**, titulo que le otorgó **LA ESCUELA DE LA SALUD SAN PEDRO CLAVER.**

Que, estudiada la documentación presentada, el (la) solicitante cumple con los requisitos establecidos por las normas vigentes

R E S U E L V E

ARTÍCULO PRIMERO: AUTORIZAR y REGISTRAR el certificado de Aptitud Ocupacional por competencias laborales en áreas de la salud como **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERIA**, titulo que le otorgó **LA ESCUELA DE LA SALUD SAN PEDRO CLAVER** a nombre Que **SOFIA HERNANDEZ RIVERA** cc 1053770512,Para desempeñarse en el Territorio Nacional

PARAGRAFO: La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición y quedara inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS) los cinco (5) primeros días hábiles del mes siguiente teniendo en cuenta que si esta es enviada o emitida la última semana del mes se realizará el cargue el mes posterior al mes siguiente, de acuerdo a los criterios establecidos en el decreto 3030 de 2014 emanado por el Ministerio de Salud y Protección Social.

ARTÍCULO SEGUNDO: la presente resolución será notificada de conformidad con el artículo 65 y siguientes de la ley 1437 de 2011.

ARTICULO TERCERO: Contra la presente resolución procede el recurso de reposición conforme al artículo 74 de la Ley 1437 de 2011.

NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Manizales el 27 JUL 2023

OLGA LUCIA CORRALES RAMIREZ
SUBDIRECTORA PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y ASEGURAMIENTO

Proyectó:
Antonio [illegible]
Contratista RETHUS

Revisó
Jorge Armando Almanza Loaiza
Referente RETHUS
Aprobo
Héctor Uriel López Buitrago
Coordinador RED PUBLICA HOSPITALARIA

Territorial

Dra. Yelenca Ortega Zamora
C.C. 1.053.848.084
Medicina Estética

CONSULTORIO DE MEDICINA ESTETICA Y GENERAL/DRA YELENCA ORTEGA ZAMORA

CERTIFICA QUE:

SOFIA HERNANDEZ RIVERA identificada con cedula de ciudadanía Nº 1.053.770.512 de Manizales Caldas, prestó sus servicios como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en el consultorio de medicina estética y medicina general en Manizales Caldas modalidad de atención en consultorio y domicilio, desde enero 2022 hasta la fecha, por modalidad prestación de servicios profesionales,

Esta certificación se expide en Manizales Caldas a los nueve días de mes de junio del 2025.

Yelenca Ortega

Yelenca Ortega Zamora

Medica general/ Medica estética

RM 1053.848.084

Riosucio- Manizales Caldas/ Cel 3168683456

Hospital Departamental San Antonio
Villamaría - Caldas E.S.E.
"Crecemos contigo"

LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE VILLAMARÍA CALDAS, IDENTIFICADA CON NIT 890801944-4

CERTIFICA QUE:

SOFÍA HERNÁNDEZ RIVERA, identificada con cedula de ciudanía N°1053770513 de la ciudad de Villamaria Caldas, presto sus servicios como Auxiliar de Enfermería en la institución, celebrando los siguientes contratos de prestación de servicios.

Contrato N° 169 – 2024: Del 01 de marzo de 2024 al 31 de mayo de 2024

Objeto contractual
Prestación de servicios y de apoyo a la gestión como auxiliar de enfermería para la ejecución de las actividades encaminadas al fortalecimiento de la atención primaria en salud en los territorios y micro territorios del municipio de Villamaria, Caldas, a través de equipos básicos en salud dando cumplimiento a la Resolución No. 1 de diciembre del 2023 del Ministerio de Salud y Protección Social

Contrato N° 497 – 2024: Del 01 de octubre de 2024 al 31 de diciembre de 2024

Objeto contractual
Prestación de servicios y de apoyo a la gestión como auxiliar de enfermería para la ejecución de actividades encaminadas al fortalecimiento de la atención primaria en salud en los territorios y micro territorios del municipio de Villamaria, Caldas, a través de equipos básicos en salud dando cumplimiento a la Resolución N° 865 del 21 de mayo del 2024 del Ministerio de Salud y Protección Social

La anterior certificación se expide a solicitud de la persona interesada para los fines pertinentes, dada en Villamaria Caldas a los veintiún (21) días del mes de abril de 2025.

Atentamente,

ALEJANDRO DIAZ CESPEDES
SECRETARIO DE GERENCIA
ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE VILLAMARIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 06:48:38 PM horas del 23/09/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1053770512**

Apellidos y Nombres: **HERNANDEZ RIVERA SOFIA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

Volver al Inicio

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 303675695

PIB
10:34:38

Bogotá DC, 25 de septiembre del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) SOFIA HERNANDEZ RIVERA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1053770512:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 25 de septiembre de 2026, a las 10:36:59, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1053770512
Código de Verificación	1053770512260925103659

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, 25/09/2026 10:39:30 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1053770512** y Nombre: **SOFIA HERNANDEZ RIVERA.**

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. **148405039** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

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

GOV.CO

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:40:55 horas del 25/09/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1053770512,** Apellidos y Nombres **HERNANDEZ RIVERA SOFIA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **SOFIA HERNANDEZ RIVERA**, con NIT **105377051-2** 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.

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

AUTORIZACION CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES

CONTRA NIÑOS Y ADOLESCENTES

EL (la) suscrito (a) Sofía Hernández Rivera, identificado (a) con la CC (x) CE ( ) PP ( ) No., 1053770512 expedida en Villamaría el día 29-08-2022, autorizo libre, expresa e inequívocamente y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la ley 918 del 2018, reglamentada por el decreto 753 del 2019, a la Policía Metropolitana de Manizales, Unidad Prestadora de Saludad Caldas, con NIT. No. **900805219-6**, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores de edad, que administra el Ministerio de Defensa Nacional - Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi proceso de selección y/o eventual celebración de contrato y de llegarse a formalizar, cada cuatro meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la ley 1581 del 2012, decreto 1074 del 2015 (y/o la que se encuentre vigente) y la política de tratamientos personales, manifestando que he sido informado (a) de manera clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Manizales, el día 30, de 09 del 20 26

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 1053770512 **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 25/09/2026 09:23 AM

Código Verificación: **5TC8EJQ27K**

Válida hasta: **25/12/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Autorización para el tratamiento de datos personales
Contratación de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión

Yo, Sofía Hernández Rivera identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1053770512 expedida en Villamaría, Caldas, 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 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente a la POLICÍA METROPOLITANA DE MANIZALES- UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CALDAS, para que realice la 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 prestación de servicios 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 a la POLICÍA METROPOLITANA DE MANIZALES- UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CALDAS a remitir notificaciones electrónicas al correo electrónico institucional que se me llegare asignar una vez inicié la ejecución contractual o al registrado por el suscrito en la herramienta SECOP II.

Por lo anterior, autorizo y acepto recibir notificaciones a través de medios electrónicos. 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.

Firma: Sofía Hernández R. *(del titular)*
Nombre: Sofía Hernández Rivera *(del titular)*
Identificación: 1053770512 *(del titular)*
Fecha: 25-09-2026 *(Fecha en que se puso de presente al titular la autorización y entregó sus datos)*

Educación

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

Sofía Hernández Rivera

CC 1053770512 de Villamaria -Caldas

Realizó y aprobó el Curso de Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST con un total de 50 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-09-12
Fecha de vencimiento: 2028-09-12

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

GINA ALEXANDRA FALLA
Director Administrativo

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

Sofía Hernández Rivera

CC 1053770512 de Villamaria -Caldas

Realizó y aprobó el Curso de Integridad, Transparencia y Lucha Contra la Corrupción con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-09-22
Fecha de vencimiento: 2028-09-22

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

GINA ALEXANDRA FALLA
Director Administrativo

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

Sofía Hernández Rivera

CC 1053770512 de Villamaria -Caldas

Realizó y aprobó el Curso de Humanización en la Prestación de Servicios de Salud - Resolución 3100 -201
con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-09-20
Fecha de vencimiento: 2028-09-20

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Página 1 de 2	DIRECCIONAMIENTO TECNOLOGICO	POLICÍA NACIONAL
Código: 1DT-FR-0016		
Fecha: 28-12-2017	DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD Y COMPROMISO CON LA SEGURIDAD DE LA INFORMACION CONTRATISTAS O TERCEROS	
Versión: 3		

La Policía Nacional considerando que usted ofrece condiciones personales y profesionales para acceder a la información que se administra en la Institución, teniendo en cuenta la misión de la Policía Nacional y que este implica manejar información de diferentes niveles de clasificación, requiere que en correspondencia con el voto de confianza otorgado con la posibilidad de acceso a la información de la Policía Nacional usted suscriba el siguiente compromiso.

Yo, Sofía Hernández Rivera Identificado con la cedula de ciudadanía No. 1053770512, con domicilio en Villamaría, Caldas, de la empresa UPRES Caldas, cargo Auxiliar enfermería, en adelante denominado EL CONTRATISTA O TERCERO, bajo el contrato _____convenio _____ acuerdo_____ No._____ del _____, me comprometo a cumplir cabalmente los compromisos y demás directrices del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información para la Policía Nacional.

Así mismo declaro que:

Reconozco que la información es un activo sobre el cual se sustentan los objetivos estratégicos de la Institución y que es mi responsabilidad conocer las políticas de seguridad de la información, adoptarlas, cumplirlas, hacerlas respetar e informar cualquier incidente que se presente con el uso y manipulación de la misma al Jefe de la Oficina de Telemática de la unidad donde se preste el servicio, o a quien realice las funciones de telemática, el cual reportará el incidente al CSIRT "*Computer Security Incident Response Team*".

Esta declaración comienza *con* la firma del contrato o convenio o acuerdo y permanecerá vigente mientras subsista el objeto que dio inició al mismo, manteniéndose inclusive durante las prórrogas sin necesidad de firmar una nueva declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información.

Así mismo, si el contrato, convenio u acuerdo inicial termina y se inicia después un nuevo contrato, convenio u acuerdo pero con el mismo objeto del contrato, convenio u acuerdo anterior, esta declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información tomará vigencia sin necesidad de firmar uno nuevo.

CONFIDENCIALIDAD

- EL CONTRATISTA O TERCERO se obliga en forma directa e irrevocable ante la POLICÍA NACIONAL a no revelar, divulgar o facilitar, bajo cualquier forma, a ninguna persona natural o jurídica, sea esta pública o privada, y a no utilizar para su propio beneficio o para beneficio de terceros, la información relacionada con el ejercicio de sus funciones en la Policía Nacional, así como también las políticas y/o cualquier otra información vinculada con sus funciones.

- EL CONTRATISTA O TERCERO asume la obligación de mantener la confidencialidad acordada en la presente declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información por el tiempo que dure vigente la relación laboral y por un plazo adicional de 2 años contados a partir de la extinción del vínculo contractual y/o acuerdo y/o convenio.

- La violación o el incumplimiento de la declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información. por parte EL CONTRATISTA O TERCERO, generará las acciones de tipo penal, disciplinario, administrativo y fiscal a que haya lugar.

- Si una orden judicial obligara al EL CONTRATISTA O TERCERO a divulgar información confidencial, este se compromete a dar aviso previo a la POLICIA NACIONAL de modo que la POLICIA NACIONAL pueda impugnar la solicitud o procurar una orden judicial que lo proteja.

- El CONTRATISTA O TERCERO reconoce que esta información tiene un valor intangible, que no es generalmente dado a conocer al público o a terceros que podrían usarla en contra de la POLICÍA NACIONAL, de sus integrantes, de los habitantes de Colombia o del mismo Estado y que la información está sujeta a un esfuerzo razonable de la POLICÍA

NACIONAL para mantener su reserva y confidencialidad. Así mismo, EL CONTRATISTA O TERCERO no hará ninguna duplicación o copia del material confidencial.

- El CONTRATISTA O TERCERO devolverá inmediatamente todo material confidencial que se le haya entregado o asignado cuando así lo requiera o solicite la POLICÍA NACIONAL.
- El CONTRATISTA O TERCERO se compromete a no utilizar información o material confidencial una vez finalizada la relación contractual o laboral.
- El CONTRATISTA O TERCERO se compromete a guardar completa confidencialidad sobre la información a la que tenga acceso por su condición laboral o actividades que desempeñe, así mismo a no extraer, consultar, copiar, borrar, ni revelar información crítica y sensible a la que tenga acceso en perjuicio de la Policía Nacional o de sus funcionarios.

RESERVA DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y/O CONVENIO Y/O ACUERDO.

El CONTRATISTA reconoce que todos los trabajos llevados a cabo en LA POLICÍA NACIONAL, son sujetos a la dirección y control por parte de la Institución Policial y constituyen una función contratada de conformidad a lo establecido en el régimen jurídico vigente aplicable a los CONTRATISTAS.

El CONTRATISTA o TERCERO informará a la POLICÍA NACIONAL cualquier descubrimiento, invento o creación que haya hecho, considerándose esto como parte del material confidencial, los cuales corresponderán a actividades propias desarrolladas con ocasión a la ejecución del objeto contratado, convenido o acordado y serán de propiedad de la POLICÍA NACIONAL.

ME COMPROMETO CON LA SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN, toda vez que:

- He leído, comprendido, e interiorizado las políticas de seguridad de la información que se encuentran en el 1DT-MA- 0001 Manual del Sistema de Gestión de la Seguridad de la Información vigente para la Policía Nacional y es mi deber conocer la última versión que exista del mencionado documento. Conozco mis deberes y derechos con respecto a la seguridad de la información.
- Entiendo que el incumplimiento de las políticas de seguridad de la información, ya sea en forma intencional, negligente o con violación al deber objetivo de cuidado, implican acciones de tipo penal, disciplinario, administrativo y fiscal a que haya lugar.
- Comprendo que dado el caso que se cause un daño a la Policía Nacional, como consecuencia de la inobservancia al deber objetivo de cuidado, la Policía Nacional podrá adelantar las acciones penales, civiles o contenciosas administrativas, en aras de buscar el resarcimiento de los daños y perjuicios que se llegaren a causar.

Suscribo este compromiso en Manizales, a los veintiocho (28) días del mes de septiembre del año 2026.

EL CONTRATISTA O TERCERO

Firma: Sofía Hernández R.
Post-Firma: Sofía Hernández R.
Identificación 1053770512
Empresa: UPRES Caldas
Cargo: Auxiliar enfermería

MANIZALES, 28-09-2026

Coronel
Comandante Policía Metropolitana de Manizales
Manizales

ASUNTO: DECLARACIONES DEL CONTRATISTA EN RELACIÓN CON LOS APORTES A LA SEGURIDAD SOCIAL

Artículo 3.2.7.5 Reporte de Información.
EN MI CALIDAD DE OFERENTE DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION DE LA POLICIA METROPOLITANA DE MANIZALES, ME PERMITO DECLARAR LO SIGUIENTE

1) Ostento la calidad de pensionado o cumplo requisitos para pensión o por disposiciones legales no está obligado a cotizar a pensiones si ( ) no (X)
2) Cotizo por otros ingresos provenientes de vinculación laboral y/o reglamentaria, mesadas pensionales, independiente por cuenta propia u otros contratos, indicando el ingreso base de cotización (IBC) de cada uno de ellos
   si ( ), no (X)

   En caso afirmativo: especifique a que obedece este (tos) ingreso y el ingreso base de Cotización de cada uno de ellos: _____
3) La totalidad de mis ingresos suman más de 4 salarios mínimos mensuales vigentes si ( ) no (X), producto de otros ingresos provenientes de vinculación laboral y/o reglamentaria, independiente por cuenta propia u otros contratos. Si existe la obligación de realizar la retención de aportes al fondo de solidaridad pensional (FSP) la entidad contratante realizara el aporte al FSP sobre el IBC del respectivo contrato.
4) Cotizo por el límite máximo de 25 SMMLV si ( ) no (X)
5) El ingreso sobre el cual se deba aplicar la retención, si decide efectuar aportes por un ingreso base de cotización superior al 40%. no. (X) deseo realizar solo el aporte mínimo legal.; o si ( ), deseo que el IBC sea del _____ % sobre mis honorarios mensuales
6) Pertenezco a un régimen de excepción si ( ) no (X). En caso positivo, sus ingresos por salud irán al ADRES.
7) Deseo realizar aportes a la unidad de pago por capitación (UPC adicional si ( ), no (X)
8) Si se efectuó traslado a alguna de las entidades administradoras del sistema de seguridad social integral, o caja de compensación familiar si ( ), no (X), este reporte se debe realizar cada vez que se produzca una novedad

En constancia de lo anterior me suscribo:

Firma: Sofía Hernández R.
Nombre: Sofía Hernández Rivera
Cedula: 1053770512

Señor Contratista, favor realizar el pago a la seguridad social integral, hasta tanto, no se le notifique lo contrario, pues el proceso de pago por parte del Contratante, requiere de instrucciones del nivel central para poder llevarlo a cabo y recibir de parte de todos los contratistas la presente declaración para poder realizar el proceso de liquidación de nómina.

CONSTANCIA PERSONA NATURAL NO OBLIGADA A LLEVAR CONTABILIDAD

Sofía Hernández Rivera
[Nombre del proveedor persona natural], identificado como aparece al pie de mi firma, en mi calidad de proveedor persona natural, manifiesto que:

1. No tengo la calidad de comerciante.
2. No ejerzo de manera habitual actos de comercio.

En consecuencia, no me encuentro obligado a llevar libros de contabilidad de acuerdo con lo contemplado en el artículo 48 del Código de Comercio.

En constancia de lo anterior firmo este documento a los días [28] del mes de [04] de [2026]

Sofía Hernández R

Firma del proveedor persona natural no obligado a llevar libros de contabilidad

Nombre: Sofía Hernández Rivera

Documento de Identidad: 1053770512

Escritorio → **Configuraciones de Perfil**

- Mis datos de usuario
- Noticias SECOP
- Mis registros
- Accesos del usuario
- Términos y condiciones de uso

Editar

Información del usuario



Cargo	
Título	
Nombre	Sofia
Apellidos	Hernandez Rivera
Fecha de Nacimiento	27/08/2004 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
	Usted pertenece a un grupo joven
Nivel Educativo	Técnica o tecnológica completa (con o sin título)
Género	
¿Tiene alguna discapacidad?	○ Si ○ No
Nombre y apellido	Sofia Hernandez Rivera
Tipo de documento	
Número de documento	
Dirección	
Código postal	
Estrato	
Ubicación	
País	COLOMBIA
Correo electrónico	sofiahr270804@gmail.com
Teléfono	
Celular	3202796077

Configuración

Zona horaria	(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma	Español (Colombia)
Configuración regional	Spanish (Colombia)

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	¿Cuál es tu apodo?
Respuesta	sofi
SMS para recuperar la contraseña	3202796077

Editar

Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste | UTC -5 10:56:33 | sofia hernadez ri...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a | Buscar...

Escritorio → Menú → **Administración de contratos**

Volver | Últimas modificaciones | Todos | Seleccione

Buscar contrato

Buscar | (Búsqueda avanzada)

Últimas modificaciones

Id del contrato	Número del Contrato	Entidad Estatal	Tipo de entidad	Fecha de firma	Fecha de finalización	Facturación de la entidad	Valor total de la oferta	Estado	
7746782	124-2026	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE VILLAMARIA ESE	Entidad Estatal	13/02/2026 11:20:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	15/02/2026 12:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	sofia hernadez rivera	2.500.000 COP	En ejecución	Detalle
6889821	466-2025	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE VILLAMARIA ESE	Entidad Estatal	16/10/2025 11:59:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	31/12/2025 12:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	sofia hernadez rivera	7.500.000 COP	En ejecución	Detalle
6593265	367-2025	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE VILLAMARIA ESE	Entidad Estatal	28/07/2025 2:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	30/09/2025 12:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	sofia hernadez rivera	7.500.000 COP	En ejecución	Detalle
5533556	497-2024	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE VILLAMARIA ESE	Entidad Estatal	29/10/2024 12:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	31/12/2024 12:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	sofia hernadez rivera	7.800.000 COP	En ejecución	Detalle

OPCIONES

VER

- Últimas modificaciones
- Todos
- Esperando aprobación
- Firmado
- Firmado y enviado a la Entidad Estatal
- Suspendidos
- Cancelados
- Cerrados
- Firmados y Terminados anormalmente

HERRAMIENTAS

LISTA DE CONTRATOS DEL PROVEEDOR CON EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO

Diligencie este formato, guárdelo en formato PDF y cárguelo al SECOP II siguiendo los pasos explicados en el "Manual de Proveedores para el uso del SECOP II".

Código del clasificador de bienes y servicios de las Naciones Unidas	Objeto del contrato	Fecha de inicio	Fecha de terminación	Valor	Contratista (singular o plural)	Contratante (sector público o privado)	Datos de contacto del área de la Entidad Estatal encargada del supervisión del contrato
	Técnico Auxiliar de Enfermería	15-01-2026	15-02-2026	2.500.000	Singular	Público	Hospital Departamental San Antonio
	Técnico Auxiliar de Enfermería	01-10-2025	31-12-2025	7.500.000	Singular	Público	Hospital Departamental San Antonio
	Técnico Auxiliar de Enfermería	07-07-2025	30-09-2025	7.500.000	Singular	Público	Hospital Departamental San Antonio
	Técnico Auxiliar de Enfermería	01-10-2024	31-12-2024	7.800.000	Singular	Público	Hospital Departamental San Antonio

Perfil | Idioma y hora | Certificaciones | No disponible | Noticias | Documentos

sofia hernadez rivera

COLOMBIA, Villamaría

0 Recomendación (es)

Número de documento: 1053770512

Ver perfil

Proponentes plurales a los que pertenece

Identificación Entidad/Persona Natural (Si es Entidad Estatal el Tipo de Documento debe ser NIT)

Nombre de la Entidad: sofia hernadez rivera
Nombre abreviado: sofia hernadez rivera
Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía
Número de documento: 1053770512
Tipo Entidad Estatal / Proveedor: Otro
País: COLOMBIA
Ubicación: CO-CAL-17873 - Villamaría Departamento: Caldas Municipio: Villamaría

Indicadores de negocio

Clasificación: Cómo mejorar su clasificación

Recomendaciones 0

Visitas al perfil 4

Últimas ofertas enviadas: Sin datos
Última selecciónSin datos
Última actualización:29/09/2026 5:01 PM

5% Datos del perfil
Cómo incluir más datos

Recomendaciones principales

No hay recomendaciones

Últimas noticias

No hay noticias

*Representante Legal/Persona Natural/Veeduría Ciudadana (Información obligatoria)

Nombre y apellido: sofia hernadez rivera
Identificación: 1053770512
Nacionalidad: colombia
Domicilio: calle 10 a 1 b 14
Tipo documento: Cédula de Ciudadanía

Información General

MiPyme: No
Régimen tributario: Régimen común
Emprendimiento y/o Empresas de Mujeres: ○ Sí ◉ No
Pertenence a un grupo étnico?: No
Condiciones especiales: No Aplica

Contactos

Código postal:
Correo electrónico de la oficina: sofiahr2708004@gmail.com
Teléfono de oficina: 3202796077
Fax de oficina:
Página web:

Documentos relacionados

Educación

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

Sofía Hernández Rivera

CC 1053770512 de Villamaria -Caldas

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Básico RCP (BLS) Resolución 3100 - 2019 con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-09-14
Fecha de vencimiento: 2028-09-14

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

Sofía Hernández Rivera

CC 1053770512 de Villamaria -Caldas

Realizó y aprobó el Curso Primer Respondiente
con un total de 60 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-09-18
Fecha de vencimiento: 2028-09-18

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

Sofía Hernández Rivera

CC 1053770512 de Villamaria -Caldas

Realizó y aprobó el Curso Protocolos de Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos
Resolución 3100 de 2019.
con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-09-16
Fecha de vencimiento: 2028-09-16

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista