CARTA DE PRESENTACION DE LA PROPUESTA PARA CELEBRAR CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN

Puerto López- Meta; octubre del 2026

Señores
ALCALDÍA MUNICIPAL DE PUERTO LÓPEZ
ESD

NATALY VARGAS CALLEJAS identificada con cedula de ciudadanía N° 1.121.846.677 expedida en Villavicencio- Meta, con domicilio en el Municipio de Puerto López, someto a consideración del MUNICIPIO DE PUERTO LÓPEZ META la propuesta para el siguiente objeto:

"BRINDAR APOYO EN LAS ACCIONES DE BÚSQUEDA ACTIVA COMUNITARIA PARA EL CUMPLIMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA, FORTALECER LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES Y NUTRICIONALES, Y DISMINUCIÓN DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y NO TRANSMISIBLES"

Así mismo, declaro en nombre propio (o de la persona jurídica que represento):

1.- Que en caso de ser favorecidos con el proceso de selección suscribiré el contrato respectivo, obligándome a cumplir con lo pactado en el respectivo negocio jurídico.

2.- Que conozco el estudio de conveniencia elaborado por esa entidad y las condiciones fijadas allí y en la ley colombiana y las acepto integralmente.

3.- Que la información dada en los documentos incluidos en esta oferta me compromete y garantizo la veracidad de las informaciones y datos de la oferta.

4.- Declaro no hallarme incurso en alguna de las inhabilidades e incompatibilidades señaladas por la Constitución Política, por la Ley 80 de 1993 y sus normas reglamentarias y complementarias y no me encuentro inscrito en el boletín de responsables fiscales de acuerdo con lo previsto en el numeral 4 del artículo 38 de la Ley 734 de 2002, en *concordancia con el artículo 60 de la Ley 610 de 2000 que me impidan participar en* procesos de contratación y suscribir el contrato.

- **RELACION DE EXPERIENCIA E IDONEIDAD PARA LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS**

Considero que reúno las condiciones de idoneidad y experiencia que exige el proceso de contratación, por las siguientes razones:

- ✓ Poseo la formación académica y los conocimientos suficientes para cumplir con las obligaciones requeridas en el objeto del contrato.
- ✓ Poseo la experiencia relacionada en más de 3 años

PROPUESTA ECONÓMICA: *Ofrezco prestar los servicios para cumplir el objeto contractual a razón de* **DOS (02)** pagos iguales por valor de **TRES MILLONES TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS MONEDA CORRIENTE ($3.033.333)**, y **UN ÚLTIMO** pago correspondiente a los CINCO (05) días de ejecución por valor de **QUINIENTOS CINCO MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y CINCO CON CINCUENTA CENTAVOS MONEDA CORRIENTE ($505.555.50).**

Para el pago de mis servicios me obligo a presentar documento equivalente o factura de venta en los casos que la exigen las normas tributarias vigentes. Igualmente, cumpliré las demás obligaciones que hacen exigible el pago de mis servicios y que se convengan en el contrato y que exija la entidad en desarrollo de la dirección del contrato.

AFILIACION A LA SEGURIDAD SOCIAL - Manifiesto que me encuentro afiliado al sistema de seguridad social, así:

- EPS: (SALUD TOTAL)
- AFP: (COLPENSIONES)

RELACION DE DOCUMENTOS QUE ACREDITAN IDONEIDAD Y EXPERIENCIA

- ✓ Constancias de estudio
- ✓ Certificados de experiencia laboral

RELACION DE DOCUMENTOS QUE ANEXO PARA CUMPLIR LAS CONDICIONES EXIGIDAS POR EL MUNICIPIO

- ✓ Copia de la cedula
- ✓ Rut
- ✓ Declaración de bienes en formato del DAFP
- ✓ Formato de hoja de vida única en formato del DAFP
- ✓ Certificados de antecedentes disciplinarios, fiscales y judiciales
- ✓ Comprobante de afiliación a los sistemas de salud y pensiones.

Atentamente,

Firma: Nataly Vargas

NATALY VARGAS CALLEJAS
C.C 1.121.846.677
Dirección: Calle 9 # 12 – 32 Juana Sofia
Email: natyvargas622@hotmail.com
Cel.: 320 803 9666

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Vargas	Callejas	Nataly

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1121846677	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 17 MES 11 AÑO 1988	CALLE 9 12 32 casa			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	META
DEPTO	META	MUNICIPIO	PUERTO LÓPEZ		
MUNICIPIO	PUERTO LÓPEZ	TELÉFONO	6450991	EMAIL	natyvargas622@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	07	AÑO	2012
										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	3	X		TECNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERIA	07	0212	13884

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		CURSO RCP SOPORTE VITAL BASICO	06	2023
FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	80	X		ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	06	2023
FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	60	X		CURSO DIAGNOSTICO Y MANEJO CLINICO DEL DENGUE	11	2023
FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		HUMANIZACION DE LA PRESTACION DEL SERVICIOS DE SALUD	11	2023
SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		Administrar inmunobiológicos según delegación y normativa de salud - NIVEL AVANZADO	04	2024
OPS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	20	X		DIAGNOSTICO Y MANEJO CLINICO DEL DENGUE	07	2024
OPS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	10	X		Brote de sarampión en la era de poseliminación: Estudio de caso	11	2024
OPS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	20	X		Respuesta rápida a brotes de sarampión y rubéola en las Américas	11	2024
FUNCION PUBLICA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	20	X		INTEGRIDAD, TRANPARENCIA Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCION	02	2025

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: ALCALDIA DE PUERTO LOPEZ			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: META	MUNICIPIO: PUERTO LÓPEZ						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS: 6451867	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	01	Mes	09	Año	2025	Día	31	Mes	12	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL: 1347 AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA: SECRETARIA DE SALUD SALUD PUB						DIRECCIÓN: CALLE 6 4 40					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: ALCALDIA DE PUERTO LOPEZ			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: META	MUNICIPIO: PUERTO LÓPEZ						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS: 6451867	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	07	Mes	02	Año	2025	Día	06	Mes	08	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL: AUX ENFERMERA	DEPENDENCIA: ALCALDIA - SECRETARIA DE SALUD						DIRECCIÓN: CALLE 6 4 40					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: ALCALDIA DE PUERTO LOPEZ			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: META	MUNICIPIO: PUERTO LÓPEZ						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS: 6451867	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	28	Mes	08	Año	2024	Día	29	Mes	12	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL: 1347 AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA: 4145, SECRETARIA DE SALUD PUBLICA						DIRECCIÓN: CALLE 6 4 40					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: ALCALDIA DE PUERTO LOPEZ			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: META	MUNICIPIO: PUERTO LÓPEZ						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS: 6450412	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	12	Mes	02	Año	2024	Día	11	Mes	08	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL: AUXILIAR ENFERMERIA	DEPENDENCIA: SECRETARIA SALUD						DIRECCIÓN: CALLE 6 4 40					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: ALCALDIA DE PUERTO LOPEZ			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: META	MUNICIPIO: PUERTO LÓPEZ						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS: 6450412	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	03	Mes	02	Año	2023	Día	03	Mes	12	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL: 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA: ALCALDIA - SECRETARIA DE SALUD						DIRECCIÓN: CALLE 6 4 -40					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE PUERTO LOPEZ			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* PUERTO LÓPEZ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6450412	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	26	*Mes*	01	*Año*	2022	*Día*	26	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA SALUD	*DEPENDENCIA* ALCALDIA - SECRETARIA DE SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 6 4 40					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE PUERTO LOPEZ			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* PUERTO LÓPEZ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6450412	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	23	*Mes*	02	*Año*	2021	*Día*	22	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ENFEREMERA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 6 4 40 centro					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE PUERTO LOPEZ			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* PUERTO LÓPEZ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6450412	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	22	*Mes*	09	*Año*	2020	*Día*	22	*Mes*	12	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ENFEREMERA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 6 4 40 centro					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL -PUERTO LOPEZ			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* PUERTO LÓPEZ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3157528343	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	03	*Año*	2020	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ENFEREMERA	*DEPENDENCIA* AMBULANCIA Y URGENCIAS						*DIRECCIÓN* CALLE 8N 6 50 BARRIO GAITAN					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL -PUERTO LOPEZ			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* PUERTO LÓPEZ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3157528343	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	02	*Año*	2020	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ENFEMERIA	*DEPENDENCIA* HOPSITALIZACION, URGENICAS,						*DIRECCIÓN* CALLE 8 6 50 barrio gaitan					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL -PUERTO LOPEZ			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* PUERTO LÓPEZ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 315758343	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2020	*Día*	31	*Mes*	01	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ENFERMARIA	*DEPENDENCIA* HOSPITALIZACION URGENCIAS						*DIRECCIÓN* CALLE N 8- 6-50 BARRIO GAITAN					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE PUERTO LOPEZ			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* PUERTO LÓPEZ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6450412	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	23	*Mes*	01	*Año*	2019	*Día*	20	*Mes*	12	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 6A 4 40					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE PUERTO LOPEZ			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* PUERTO LÓPEZ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6450412	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	17	*Mes*	01	*Año*	2018	*Día*	16	*Mes*	12	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1347 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* ALCALDIA - SECRETARIA DE SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 6 4 null 40					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SISMEDICA S.A.S			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* PUERTO LÓPEZ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3902118	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	20	*Mes*	07	*Año*	2017	*Día*	05	*Mes*	01	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ASISTENCIAL DE AMBULA	*DEPENDENCIA* SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 127B 49 59 BOGOTA					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL -PUERTO LOPEZ			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* PUERTO LÓPEZ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3112190289	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	03	*Año*	2016	*Día*	16	*Mes*	04	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1347 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* PROMOCION Y PREVENCION						*DIRECCIÓN* CALLE 8 6 50 BARRIO GAITAN					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE PUERTO GAITAN			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* PUERTO GAITÁN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3108889936	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	19	*Mes*	01	*Año*	2015	*Día*	26	*Mes*	12	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ENFEREMERA	*DEPENDENCIA* 4145. SECRETARIA DE SALUD PUBLICA						*DIRECCIÓN* CALLE 10 10 null 60					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE PUERTO GAITAN			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* PUERTO GAITÁN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3108889936	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	21	*Mes*	01	*Año*	2014	*Día*	20	*Mes*	04	*Año*	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ENFERMARIA	*DEPENDENCIA* 4145. SECRETARIA DE SALUD PUBLICA						*DIRECCIÓN* CALLE 10 10 null 60					

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	9	3
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	5
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 Puerto López- Meta 14-10-2026

Nataly Vargas

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Función Pública

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

Tipo de declaración	OTRO	Fecha de publicación	2026-10-14 22:07

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
NATALY		VARGAS	CALLEJAS

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1121846677

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	PUERTO LÓPEZ

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	PUERTO LÓPEZ

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

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	PUERTO LÓPEZ

Dirección	["Calle 6 Numero 4 - 40 Parque Central"]
Cargo o función que cumple	TÉCNICO ÁREA SALUD

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$333.666.663,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$333.666.663,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$0,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
MOTOCICLETA	COLOMBIA	META	PUERTO LÓPEZ	$5.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

[ ]

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés
Hijo(a)	JESSICA CHARICK SIABATO VARGAS	CEDULA DE CIUDADANIA	1122922888	HIJA EN LA UNIVERSIDAD
Hijo(a)	ZARA ALEXANDRA SIABATO VARGAS	CEDULA DE CIUDADANIA	1120867521	HIJA EN LA UNIVERSIDAD

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

La República de Colombia
y en su nombre la

Institución Educativa

Enrique Olaya Herrera

Jornada Diurna
Puerto López - Meta

Autorizado por la Secretaría de Educación del Departamento del Meta,
según Resolución No. 5202 del 14 de Octubre de 2011.

Confiere a:

Vargas Callejas Nataly

identificado con C.C. No. 1.121.846.877 de Villavicencio - Meta

El Título de:

Bachiller Técnico

Con especialidad en Turismo Ecológico y Recreación

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de
Educación Media Técnica (Artículo 32 Ley 115 de 1994);
según los planes y programas vigentes.

Rector

Mg. Guillermo A. Delgado Vargas

Secretaria

Emilia Echeverri Ramos

Libro de Registro No. 08
Acta No. 003 Folio No. 02

Dado en Puerto López a los 18 días del mes de Julio de 2012.

Institución Educativa
Enrique Olaya Herrera
Puerto López - Meta

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

En la ciudad de Puerto López – Meta, a los 02 días del mes de Diciembre de 2005, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de grado undécimo (11°), los suscritos Rector y Secretaria Académica de la **INSTITUCIÓN EDUCATIVA ENRIQUE OLAYA HERRERA**, Institución aprobada hasta Nueva Visita Educación Media Técnica y autorizada por el Gobierno Departamental del Meta, para otorgar el Título de **BACHILLER TÉCNICO CON ESPECIALIDAD EN TURÍSMO ECOLÒGICO Y RECREACIÓN**, según Resolución N° 1409 del 11 de Setiembre de 2002.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media, se procedió a otorgar el título de **BACHILLER TÉCNICO CON ESPECIALIDAD EN TURÍSMO ECOLÓGICO Y RECREACIÓN**, al graduando cuyos nombres, apellidos, y números de documento de identidad se relacionan a continuación:

VÁRGAS CALLEJAS NATALY
C. C. N° 1.121.846.677 de Villavicencio – Meta

Es fiel copia tomada del Acta Original General de graduación N° 003 del 02 de Diciembre de 2005, que consta de 33 alumnos; que comienza con el nombre ALFARO RODRÍGUEZ LUIS ALFREDO y cierra con el nombre de VÉLEZ CESPEDES RONHAL ALEJANDRO.

Firmada y sellada por el Mag. GUILLERMO ANTONIO DELGADO VARGAS (Rector), y EVILA HUMANEZ RAMOS (Secretaria)

Dada en Puerto López – Meta, a los 17 días del mes de Julio de 2012.

No requiere registro de la Secretaría de Educación Según Decretos 921 del 08 de Mayo de 1994 y 2150 del 05 de Diciembre de 1995 de la Presidencia de la República.
Es segunda copia

Mag. GUILLERMO ANTONIO DELGADO VARGAS
Rector
C.C. N°8.711.156 Puerto Lopez-Met.

EVILA HUMANEZ RAMOS
Secretaria
C. C. N° 21.242.626 Pto. López - Meta

"Nuestra educación... un factor de desarrollo integral para la convivencia social"

Calle 9ª CRA. 7A - 36 Barrio Alfonso López Puerto López - Meta • Teléfax: (098) 645 8158 - 645 0031 • Puerto López - Meta • E-mail: colegioolayaherrera@hotmail.com

CORPORACIÓN

UNISYSTEM DE COLOMBIA

Institución De Educación Para El Trabajo Y El Desarrollo Humano Ley 1064 De 2006
Licencia de Iniciación de labores No. 6202 del 19 de Abril de 1999 S.E.M.
Acuerdo de 74 Expedido por el Ministerio de la Protección Social
NIT. 900.242.277-6

ACTA DE CERTIFICACION No. 3-453

En la ciudad de Villavicencio – Meta a los 28 días del mes de Julio del año 2012, se llevó a cabo la ceremonia de certificación de "Técnico Laboral por Competencias en Auxiliar en Enfermería" Programa de Formación para el Trabajo y el Desarrollo Humano con concepto favorable del Ministerio de la Protección Social mediante acuerdo No. 74 del 13 de Marzo de 2007 y Autorizado por la Secretaría de Educación Municipal mediante Resolución No. 824 del 21 de Mayo de 2010 que le confiere el **Certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias Laborales a:**

NATALY VARGAS CALLEJAS

C.C. 1.121.846.677 de Villavicencio - Meta

Por haber cumplido con los requisitos académicos (1700 horas teórico – prácticas) que lo acreditan como:

TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA

JULIO CESAR MOSQUERA B.
Director General

ANDREA LILIANA VILLAR M.
Directora Académica

MARY RINCON
Secretaria Académica

LA CORPORACIÓN

UNISYSTEM DE COLOMBIA

Institución de Formación Para El Trabajo y El Desarrollo Humano con Licencia de Funcionamiento No. 8202
de Abril 29 de 1997 Expedida por la S.E.M. con Registro No. 622 - 623 - 624 - 625 - 626 S.E.M
Acuerdo 74 de Marzo 15 de 2007 Expedido por el Ministerio de la Protección Social

OTORGA EL CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL DE

TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN

AUXILIAR EN ENFERMERÍA

A:

NATALY VARGAS CALLEJAS

Identificada Con C.C. No. 1.121.846.627 Expedido en Villavicencio - Meta

Quien cumplió satisfactoriamente los requisitos exigidos por la Institución con una intensidad de 1.700 Horas
De Acuerdo con la Ley 1064, Decreto 4904 de 2.009 Expedido por el Ministerio de Educación Nacional

Dirección Academica | Dirgetor General | Secretaria Academica

Dado en Villavicencio - Meta, a los 28 días del mes de Junio de 2.012 Libro 5 Folio 452

Gobernación del Meta
Nit: 892000148-8

RESOLUCIÓN NÚMERO 50- 13884
Por la cual se autoriza el ejercicio de la profesión

LA JEFE DE LA OFICINA DE SEGURIDAD SOCIAL, INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL

En uso de sus facultades y en especial las conferidas en el Decreto 1875 de 1994, Resolución 0285/89 de Minsalud y Resolución 0088/04 de la Secretaría Departamental de Salud, y

CONSIDERANDO:

Que NATALY VARGAS CALLEJAS con cedula de ciudadanía 1.121.846.677 de Villavicencio, solicito ante esta Secretaría autorización para ejercer como Auxiliar en Enfermería, según Certificado Laboral, otorgado por la Corporación Unisystem de Colombia, el 28 de julio de 2012.

Que, revisada la documentación presentada se constató el cumplimiento de los requisitos exigidos para dicho trámite.

Que en virtud de lo expuesto, este despacho

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO. Autorizar a NATALY VARGAS CALLEJAS con cédula de ciudadanía 1.121.846.677 de Villavicencio, para ejercer como Auxiliar en Enfermería, en el Territorio Nacional.

ARTÍCULO SEGUNDO. Contra la presente resolución procede el recurso de reposición y apelación en los términos establecido en el Decreto 01 de 1984.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE
Villavicencio, 31 de agosto de 2012

MARLENY ROJAS HOLGUIN
Jefe Oficina de Seguridad Social, I.V.C.

Gloria C

[redacted] [redacted]

Resultado General -2026-10-14--1:50:01 PM

[redacted]						
CC	1121846677	NATALY	VARGAS	CALLEJAS	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) NATALY VARGAS CALLEJAS identificado(a) con CC 1121846677 registra la siguiente información:

2026-10-14--1:50:01 PM

Información Académica

[redacted]					
AUX	Local	AUXILIAR EN ENFERMERIA	2012-08-31	13884	GOBERNACION DEL META

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

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

NATALY VARGAS CALLEJAS

Participó y completó el curso virtual:

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C. 04 de febrero 2025

Aura Isabel Mora

Directora de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano

mipg | modelo integrado de planeación y gestión

Función Pública

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

NATALY VARGAS CALLEJAS

Participó y completó con éxito el Módulo de Fundamentos Generales del curso virtual del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG

MIPG VERSIÓN II (2024)

Bogotá D.C. 11 de agosto 2025

Luz Daifenis Arango Rivera
Directora de Gestión y Desempeño Institucional



DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141095831496

(415)7707212489984(8020) 000014109583149 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 2 1 8 4 6 6 7 7	7	Impuestos y Aduanas de Villavicencio 2 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 1 2 1 8 4 6 6 7 7	

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
VARGAS	CALLEJAS	NATALY	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Cigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Meta 5 0	Puerto López 5 7 3

41. Dirección principal
CL 9 12 32 BRR VERGEL

42. Correo electrónico natyvargas622@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 0 8 0 3 9 6 6 6	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 9	2 0 1 2 1 1 2 3	8 6 9 2	2 0 1 2 1 2 0 3		5 1 3 2	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

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

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024-08-05 / 01:17:59AM

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

1.121.846.677
NUMERO

VARGAS CALLEJAS
APELLIDOS

NATALY
NOMBRES

Nataly Vargas Callejas
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 17-NOV-1988
PUERTO LOPEZ
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO

24-NOV-2006 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-5200100-69156961-F-1121846677-20070423 05930 07110A 02 231294932

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 miércoles 14 de octubre de 2026, a las 13:05:07, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1121846677
Código de Verificación	1121846677261014130507

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.

ANDRÉS MAURICIO LÓPEZ RIVERA
Contralor Delegado (E)

Generó: WEB

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 304765335

PIB
13:02:34

Bogotá DC, 14 de octubre del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) NATALY VARGAS CALLEJAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1121846677:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

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

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 01:07:54 PM horas del 14/10/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1121846677**

Apellidos y Nombres: **VARGAS CALLEJAS NATALY**

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

34

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 1121846677 **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 14/10/2026 09:37 PM

Código Verificación: **7YABFZD3J2**

Válida hasta: **15/01/2027**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

36

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

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, 14/10/2026 01:20:30 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1121846677** y Nombre: **NATALY VARGAS CALLEJAS.**

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. **149540566** . 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

SaludTotal

VILLAVICEN, Octubre 14 de 2026

Señora:

VARGAS CALLEJAS NATALY

CC. 1121846677CL 9 N12 32 BRR VERGEL - 0

Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Mayo 18 de 2017. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem_cot	Sem_Ant	Parentesco	Estado_Afiliación	Fecha_de_desafiliación_EPS	Estado_Actual	Discapacidad
VARGAS CALLEJAS NATALY	1121846677	C	May-18-2017	292	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
SIABATO VARGAS ZARA ALEXANDRA	1120867521	C	May-18-2017	292	26	HIJO DE 18 A 25 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
SIABATO VARGAS JESSICA CHARICK	1122922888	C	May-18-2017	292	26	HIJO DE 18 A 25 AÑOS	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón_social_del_aportante	Usuario_en_contrato	Tipo_de_contrato	Estado_de_contrato
NATALY VARGAS CALLEJAS	1121846677	Independientes con contrato de prestación de servi	CERRADO
NATALY VARGAS CALLEJAS	1121846677	Independientes con contrato de prestación de servi	CERRADO
NATALY VARGAS CALLEJAS	1121846677	Independientes con contrato de prestación de servi	CERRADO
NATALY VARGAS CALLEJAS	1121846677	Independientes con contrato de prestación de servi	CERRADO
SISMEDICA LTDA	1121846677	Dependiente	CERRADO
SISMEDICA LTDA	1121846677	Dependiente	CERRADO
MUNICIPIO DE PUERTO LOPEZ	1121846677	Dependiente	CERRADO
NATALY VARGAS CALLEJAS	1121846677	Independientes con contrato de prestación de servi	CERRADO
NATALY VARGAS CALLEJAS	1121846677	Independientes con contrato de prestación de servi	CERRADO
NATALY VARGAS CALLEJAS	1121846677	Independientes con contrato de prestación de servi	CERRADO
NATALY VARGAS CALLEJAS	1121846677	Independientes con contrato de prestación de servi	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerencia de Operaciones Comercial
SALUD TOTAL EPS S.A.
Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **NATALY VARGAS CALLEJAS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1121846677,** se encuentra afiliado/a desde **01/10/2017** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 14 de octubre de 2026.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

Puerto López, Meta – 14 de octubre de 2026.

Asunto: Autorización consulta de delitos sexuales

La suscrita **NATALY VARGAS CALLEJAS** identificada con C.C No. 1.121.846.677 de Villavicencio – Meta, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la ley 1918 de 2018 reglamentada por el decreto 753 de 2019, a la ALCALDIA DE PUERTO LÓPEZ con NIT 892099325-0 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 – Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación contractual y de llegarse a formalizar, por el término de la vinculación.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizara de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos personales publicada, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en el municipio de Puerto López – Meta, el día catorce (14) de octubre de 2026.

Firma: Nataly Vargas

NATALY VARGAS CALLEJAS
CC. 1.121.846.677 de Villavicencio
Dirección: Mz F casa 110 Santa Isabel
Email:natyvargas622@hotmail.com
Cel: 3208039666

40

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 13:18:55 horas del 14/10/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1121846677,** Apellidos y Nombres **VARGAS CALLEJAS NATALY**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ALCALDIA DE PUERTO LOPEZ**, con NIT **892099325-0** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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

BBVA

Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

Que nuestro(a) cliente NATALY VARGAS CALLEJAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1,121,846,677 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 742196595 aperturada el 2 de enero de 2017 cuenta ACTIVA y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, el 14 de octubre de 2026.

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

Cuenta de 10 dígitos:	0742196595
Cuenta de 16 dígitos:	0742000200196595
Cuenta de 20 dígitos:	00130742000200196595

Firma autográfica

Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

	IPS SAN FERNANDO SAS 900,475,095	COD	F-EO-01-FI
	LICENCIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO No.2469 DE 2014	VERSION	3
		FECHA	19-AGT-20
	CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL	Pág. 1 de 1	

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre de la empresa: INDEPENDIENTE Entidad en Mision: INDEPENDIENTE
Ciudad: PUERTO LOPEZ- META
SECTOR: SERVICIOS DE SALUD FECHA:08/01/2025 HORA : 07:31



DATOS DEL TRABAJADOR

Nombres NATALY Apellidos:VARGAS CALLEJAS Nro Hijos: 00 Edad: A036
CC: 1,121,846,677 Genero:Fem. CARGO: AUXILIAR DE ENFERMERIA F.nacimiento 17/11/1988
Direccion: CALLE 9 2 72 EL VERGEL L Estrato: 1 Telefono: 3208039666 ARL:
Eps: SALUD TOTAL S.A. E.P.S. RH: A + AFP: COLPENSIONES

TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL -REHUSA Examen Medico

PRE INGRESO	X	PERIODICO		EGRESO		REUBICACION		VALORACION MEDICA		CAMBIO DE CARGO	
BRIGADISTA		POST INCAPACIDAD		PRE VACACIONAL		POST VACACIONAL		REINTEGRO LABORAL		OTRO	

EXAMENES REALIZADOS (MARQUE CON UNA X)

Examen Medico Ocupacional	SI	Optometria	NO	Audiometria	NO	Espirometria	NO	Osteomuscular	SI	Cardiovascular	NO
Alturas	NO	Laboratorios:		Cuadro Hematico	NO	Glicemia	NO	Parcial de orina	NO	Perfil lipidico	NO
Alcohol en saliva	NO	Marihu. en orina	NO	Cocaina en Orina	NO	Creatinina	NO	Psicologia	NO	Manip. de alimentos	NO

Otros Examenes: 1 ____ 2 ____ 3 ____

EXAMEN PERIODICO:

Continua en su Cargo: SI NO Debe Ser Reubicado SI NO
Se Envia a su EPS para Su Valoracion: SI NO Se Envia a su ARP para seguimiento de Caso SI NO

EXAMEN DE RETIRO: Debe ser valorado:

Enfermedad Comun: SI: NO: Estudio de E.P: SI: NO: Estudio de A.T.E.P: SI: NO:
Ingreso al P.V.E: SI: NO: X Cual:

EXAMEN REINTEGRO:	
EXAMEN PRE-INGRESO:	CUMPLE CON LOS REQUISITOS NECESARIOS PARA EL PERFIL DEL CARGO
EXAMEN PERIODICO:	
EXAMEN EGRESO:	

SE AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA:

APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS	SI	NO	NO APLICA X
APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS	SI	NO	NO APLICA X
APTO PARA LABORAR EN ALTURAS	SI	NO	NO APLICA X
APTO PARA CONDUCIR	SI	NO	NO APLICA X

NOTA: para trabajar en alturas es necesario previa verificacion de certificacion en alturas RESOLUCION 4272 de 2021

TIPO DE RESTRICCIONES

Tipo de restriccion	Condiciones, factores, funciones, o agentes de riesgo asociados	Temporal	Permanente

RECOMENDACIONES

1.Uso de EPP

uso bota puntera de acero	
uso zapato de goma	
uso camisa manga larga	
uso de casco / confia	
Proteccion auditiva doble	
Proteccion solar FP 100	
Uso gafas de proteccion	
Uso proteccion respiratoria	X
Utilizar Ayudas Ergonomicas	

EMO SIN PARACLINICOS

2.Cambios estilo de vida

Gimnasia laboral	
Higiene postural	
Dieta sin grasa / Dieta sin azucar	
Bajar de peso	
Suprimir cigarrillo	
Reducir consumo de alcohol	
uso medias anti varices	
Control TA	
Control periodico Ocupacional	X

3.Capacitacion

Capacitar Trabajos en alturas y/o espacios confinados	
Induccion puesto de trabajo	X
Pausas activas c/2h	X
Adecuada manipulacion de cargas hasta 5-10-15-20 KL	
S.S RX Torax	
S.S RX C.L.S.	
EMG+VMC MM SS	

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mi el examen medico y/o paraclinico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento.El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y proposito del examen medico y/o paraclinico(s) ocupacional(es), He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el proposito, los beneficios, la interpretacion, las limitaciones y riesgos del examen medico y/o paraclinico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoria brindada antes de la respectiva toma de pruebas. Entiendo que la realizacion de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomara Salud Ocupacional de IPS SAN FERNANDO SAS para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuesta dadas por mi en este(os) estan completas y son verdicas. Autorizo a Salud Ocupacional de *IPS SAN FERNANDO SAS para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislacion vigente*, la informacion registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional de IPS SAN FERNANDO SAS y para las situaciones Finalmente manifiesto que he leido y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

NARVAEZ MONJE HUGO ALEXANDER
FIRMA Y SELLO MEDICO
REGISTRO: LSST-7548

Natoly Vargas Callejas
TRABAJADOR: VARGAS CALLEJAS NATALY
C.C. 1,121,846,677

Hora de Entrega:h2:m2

Powered by CamScanner

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: f3f5f54c-fa65-42c1-8d41-4e0830e32e0f

Nombres y apellidos / Full name: **NATALY VARGAS CALLEJAS**

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

Número de identificación / ID Number: **1 1 2 1 8 4 6 6 7 7**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **17/11/1988**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3208039666**

Correo electrónico / e-mail: **natalyvargas622@hotmail.com**

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination: Día / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
TD Adulto	Tercera	19	08	2014		024L1015C	PUERTO LOPEZ ALCALDIA MUNICIPAL	
TD Adulto	Quinta	26	05	2018		D2299	PUERTO LOPEZ ALCALDIA MUNICIPAL	YENNY CAROLINA RODRIGUEZ AVILA
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	07	05	2020		V50220005	SEDE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	MARIBEL DIAZ CARDENAS
COVID SINOVAC	Primera	27	03	2021	Sinovac	E202102011	SEDE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	MARIBEL DIAZ CARDENAS
COVID SINOVAC	Segunda	27	05	2021	Sinovac	K202103011	SEDE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	ERIKA DALIR ARAGON SAAVEDRA
COVID PFIZER	Primer Refuerzo	02	12	2021	PFIZER	FJ1926	SEDE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	MARIA ALEJANDRA SALAZAR MONTOYA
Hepatitis B Adultos	Primera	30	07	2022	LG CHEM	UVX20003	SEDE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	ANGIE DANIELA MENDOZA BERMUDEZ
Hepatitis B Adultos	Segunda	30	08	2022	LG CHEM	UVX20003	SEDE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	ANGIE DANIELA MENDOZA BERMUDEZ
Hepatitis B Adultos	Tercera	14	10	2022	LG CHEM	UVX20003	SEDE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	RAMIRO RUBIO HERNANDEZ
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	27	04	2024	Green Cross	V50524003	SEDE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	RAMIRO RUBIO HERNANDEZ
Meningococo Tetravalente ACWY	Primera	12	02	2025	Glaxo SmithKline	AMAA941A	SEDE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	LIDIA MERLY CORTES MORENO - CC1121824923 - ACTIVO
Fiebre Amarilla	Única	14	04	2025	Bio-Manguinhos/FIOCRUZ	23K0651	SEDE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	LIDIA MERLY CORTES MORENO - CC1121824923 - ACTIVO
Sarampión Rubéola	Adicional	18	02	2026	Serum	0094W003	SEDE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	LAURA DANIELA SEPULVEDA MOLINA - CC1120865125 - ACTIVO

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

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

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

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

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

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

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

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

ALCALDÍA PUERTO LÓPEZ	**CERTIFICACIÓN**	**Código: F - 027** Versión: 001 Fecha: Junio de 2017

LA SUSCRITA JEFE DE LA OFICINA DE CONTRATACIÓN

CERTIFICA QUE:

NATALY VARGAS CALLEJAS, Identificado (a) con Cedula de Ciudadanía No. 1.121.846.677 de Villavicencio- Meta, prestó sus servicios a esta entidad a través del contrato de Prestación de Servicios, conservando su autonomía e independencia, el cual se describe a continuación.

CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. **103.13.10.108-2025**
OBJETO:	REALIZAR ACCIONES DE BUSQUEDA ACTIVA COMUNITARIA DE LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA Y FORTALECER LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, NUTRICIONALES, DISMINUCIÓN DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y NO TRANSMISBLES AREA URBANA Y RURAL
VALOR CONTRATO:	DIEZ MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS MCTE ($10.800.000)
VALOR ADICION:	CINCO MILLONES CUATROSCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($5.400.000)
FECHA DE INICIO:	SIETE (07) DE FEBRERO DE 2025.
TIEMPO DE EJECUCIÒN:	CUATRO (04) MESES
PRORROGA:	DOS (02) MESES
FECHA DE TERMINACIÓN:	SEIS (06) DE AGOSTO DE 2025.
ESTADO DEL CONTRATO:	**TERMINADO**
ESTADO EN SECOP II:	**EN EJECUCION**

OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA:

1. Ejecutar debida y oportunamente el objeto del contrato, dando cumplimiento a las actividades que se asignen por parte de la entidad CONTRATANTE.
2. Suscribir acta de inicio, actas parciales (cuando corresponda), y acta de terminación con el supervisor.
3. No ceder total o parcialmente el contrato, ni subcontratar sin autorización previa y escrita de EL CONTRATANTE.
4. Ejecutar las actividades contractadas con independencia y autonomía atendiendo las mismas con criterio de oportunidad, eficiencia y eficacia.
5. Guardar la debida reserva y confidencialidad sobre los que tenga conocimiento con ocasión de la ejecución del contrato.
6. Realizar el pago de los aportes al sistema general de seguridad social integral (Salud, Pensión y Riesgos Laborales).
7. Presentar al supervisor los informes de ejecución contractual.
8. Obrar con lealtad y buena fe en todas las etapas contractuales.
9. Informar oportunamente al supervisor toda contingencia que pueda afectar la ejecución de las actividades contratadas
10. Tener una cuenta corriente o de ahorros en una entidad bancaria a través de la cual se puedan llevar a cabo los pagos del contrato.
11. Contar con el certificado de aptitud medico ocupacional al área de riesgos laborales, de conformidad con la normatividad vigente.

ALCALDÍA PUERTO LÓPEZ	**CERTIFICACIÓN**	**Código: F - 027** Versión: 001 Fecha: Junio de 2017

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA:

1. Realizar Búsqueda activa comunitarias (BAC), interviniendo como mínimo 96 familias al mes y seguimiento de población priorizada (gestantes, adulto mayor, menores de 5 años, discapacitados) con vulnerabilidad; gestionar el riesgo identificado de los eventos de interés en salud pública como (morbilidad materna extrema, Sífilis gestacional y congénita, Tuberculosis, Lepra, ETV (Dengue, Malaria, Leishmaniasis etc., Desnutrición en menores de 5 años, cáncer, bajo peso al nacer, defectos congénitos, entre otros) y búsqueda de susceptibles para vacunación en especial en menores de 5 años, mujeres en embarazo y adulto mayor entre otros de acuerdo a los lineamientos nacionales para el programa PAI 2025.
2. Verificar estado de afiliación en página web ADRES (https://www.adres.gov.co/consulte-su-eps) y cumplimiento de requisito de clasificación SISBEN IV (https://reportes.sisben.gov.co/dnp_sisbenconsulta) de las familias captadas durante la BAC y gestionar como mínimo 15 solicitudes personas seguimiento y gestión del riesgo a los Eventos de Interés en Salud Pública (EISP) notificados en SIVIGILA WED enviados por el área de Vigilancia en Salud Pública.
3. Realizar el seguimiento al 100% de las gestantes notificadas con alto riesgo obstétrico, *asegurando la activación de las rutas de atención y la gestión del riesgo ante las* EAPB, con el objetivo de garantizar una atención integral y oportuna.
4. Apoyar las jornadas de vacunación y las actividades educativas orientadas a la prevención y control de enfermedades de interés en salud pública, conforme a los cronogramas establecidos por la Secretaría de Salud.
5. Realizar talleres de Educación y Comunicación de las fechas conmemorativas de eventos de salud, según cronograma del instituto Nacional de Salud (INS)
6. Desarrollar actividades educativas y colectivas enfocadas en eventos de salud pública priorizados, tales como salud sexual y reproductiva, Dengue, Cáncer, entre otros, con el objetivo de sensibilizar y promover acciones preventivas en la comunidad.
7. Realizar seguimiento a todos los eventos notificados 113 DESNUTRICION AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS de manera transversal con todos los actores del sistema y realizar gestión del riesgo y activación de rutas.
8. Apoyo a actividades de salud pública de la secretaria de salud municipal.
9. Acatar y aplicar de manera diligente las observaciones y recomendaciones impartidas por el supervisor del contrato

Se expide a solicitud de la interesada, en Puerto López a los ocho (08) días del mes de agosto del año dos mil veinticinco (2025).

JOHANNA PAOLA VEGA MORENO
Jefe Oficina de Contratación

Elaborado:	Revisado:	Aprobado:
Nombre: LEIDY YURANI ALFONSO	Nombre: LUISA FERNANDA BARRIOS B.	Nombre: JOHANNA PAOLA VEGA MORENO
Cargo: CPS TECNICO	Cargo: TECNICO OPERATIVO	Cargo: JEFE DE OFICINA
Fecha: 08/08/2025	Fecha: 08/08/2025	Fecha: 08/08/2025

Fecha de Expedición: 08 de agosto de 2025

ALCALDÍA PUERTO LÓPEZ	**CERTIFICACIÓN**	**Código: F - 027** Versión: 001 Fecha: Junio de 2017

EL SUSCRITO JEFE DE LA OFICINA DE CONTRATACION

CERTIFICA QUE:

NATALY VARGAS CALLEJAS, Identificado (a) con Cedula de Ciudadania N 1.121.846.677 de Villavicencio Meta prestó sus servicios a esta entidad a través del contrato de Prestación de Servicios, conservando su autonomía e independencia, el cual se describe a continuación.

CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. **103-13-10-358-2025**
OBJETO:	BRINDAR APOYO EN LAS ACCIONES DE BÚSQUEDA ACTIVA COMUNITARIA PARA EL CUMPLIMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA PARA FORTALECER LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES Y NUTRICIONALES, DISMINUCION DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y NO TRANSMISIBLES EN MUNICIPIO DE PUERTO LÓPEZ, META.
VALOR CONTRATO:	DOCE MILLONES CIENTO TREITRA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS ($ 12.133.333)
FECHA DE INICIO:	PRIMERO (01) DE SEPTIEMBRE DE 2025.
TIEMPO DE EJECUCIÒN:	CUATRO (04) MESES
FECHA DE TERMINACIÓN:	TREINTA Y UNO (31) DE DICIEMBRE DE 2025.
ESTADO DEL CONTRATO:	**TERMINADO**
ESTADO EN SECOP II:	**EN EJECUCION**

OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA:

1. Ejecutar debida y oportunamente el objeto del contrato, dando cumplimiento a las actividades que se asignen por parte de la entidad CONTRATANTE.
2. Acatar las sugerencias de la supervisión encaminadas a mejorar el proceso.
3. Dar cumplimiento a la Ley 594 del 2000 (Ley General de archivo).
4. Suscribir acta de inicio, actas parciales (cuando corresponda), y acta de terminación con el supervisor.
5. No ceder total o parcialmente el contrato, ni subcontratar sin autorización previa y escrita de EL CONTRATANTE.
6. Ejecutar las actividades contractadas con independencia y autonomía atendiendo las mismas con criterio de oportunidad, eficiencia y eficacia.
7. Guardar la debida reserva y confidencialidad sobre los que tenga conocimiento con ocasión de la ejecución del contrato.
8. Realizar el pago de los aportes al sistema general de seguridad social integral (Salud, Pensión y Riesgos Laborales).
9. Presentar al supervisor los informes de ejecución contractual.
10. *Cargar en la plataforma del SECOP I y/o II los documentos soporte de la cuenta de cobro junto con* los informes de ejecución a más tardar dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha de elaboración de la misma.
11. Obrar con lealtad y buena fe en todas las etapas contractuales.
12. Informar oportunamente al supervisor toda contingencia que pueda afectar la ejecución de las actividades contratadas.
13. Tener una cuenta corriente o de ahorros en una entidad bancaria a través de la cual se puedan llevar a cabo los pagos del contrato.

14. Contar con el certificado de aptitud medico ocupacional al área de riesgos laborales, de conformidad con la normatividad vigente.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA:

1. Realizar Búsqueda activa comunitarias (BAC), interviniendo como mínimo 98 familias a mes y seguimiento de población priorizada (gestantes, adulto mayor, menores de 5 años discapacitados) con vulnerabilidad; gestionar el riesgo identificado de os eventos de interés en salud pública como (morbilidad materna extrema, Sífilis gestacional y Congénita, Tuberculosis, Lepra, ETV (Dengue, Malaria, Leishmaniasis etc. Desnutrición en menores de 5 años, cáncer, bajo peso al nacer, defectos congénitos, entre otros) y búsqueda de susceptibles para vacunación en especial en menores de 5 años, mujeres en embarazo y adulto mayor entre otros de acuerdo a los lineamientos nacionales.
2. Verificar estado de afiliación en página web ADRES (https:/www.adres.gov.colconsute-SU-eps Cumplimiento de requisito de clasificación SISBEN htpsreportes Sisben.gov.co/dnp sisbenconsulta) de las familias captadas durante la BAC y gestionar como mínimo 15 solicitudes personas seguimiento y gestión del esgo a los Eventos de Interés en Salud Pública (EISP) notificados en SIVIGILA WED enviados por el área de Vigilancia en Salud Pública.
3. Realizar el seguimiento al 100% de las gestantes notificadas con alto riesgo obstétrico, asegurando la activación de las rutas de atención y la gestión del riesgo ante las EAPB, con el objetivo de garantizar una atención integral y oportuna.
4. Apoyar las jornadas de vacunación y las actividades educativas orientadas a la prevención, y control de enfermedades de interés en salud pública, conforme a los cronogramas establecidos por la Secretaria de Salud.
5. Realizar talleres de educación y comunicación de las fechas conmemorativas de eventos de salud pública priorizados, tales como salud sexual y reproductiva, Dengue, Cáncer, entre otros con el objetivo de sensibilizar y promover acciones preventivas en la comunidad.
6. Desarrollar actividades educativas y colectivas enfocadas en eventos de salud pública priorizados, tales como salud sexual y reproductiva, Dengue, Cáncer, entre Otros, con el objetivo de sensibilizar y promover acciones preventivas en la comunidad.
7. Realizar seguimiento a todos los eventos notificados 113 DESNUTRICION AGUDA EN MENORES DE5 ANOS de manera transversal con todos los actores del sistema y realizar gestión del riesgo y activación de rutas.
8. Apoyo a actividades de salud pública de la secretaria de salud municipal.
9. Acatar y aplicar de manera diligente las observaciones y recomendaciones impartidas por el supervisor del contrato.

Se expide a solicitud del/la interesado(a), en Puerto López a los veintidós (23) días del mes de septiembre del año dos mil veintiséis (2026).

JUAN FRANCISCO CORTES ARCHILA
Jefe Oficina de Contratación

Elaborado:	Revisado:	Aprobado:
Nombre: ANDRÉS CRUZ CASTAÑEDA	Nombre: ANDRÉS CRUZ CASTAÑEDA	Nombre: JUAN FRANCISCO CORTES ARCHILA
Cargo: ABG. PROFESIONAL UNIVERSITARIO	Cargo: ABG. PROFESIONAL UNIVERSITARIO	Cargo: JEFE DE OFICINA
Fecha: 23 de septiembre de 2026	Fecha: 23 de septiembre de 2026	Fecha: 23 de septiembre de 2026

Fecha de Expedición: 23 de septiembre de 2026

ALCALDÍA PUERTO LÓPEZ	**CERTIFICACIÓN**	**Código: F - 027** Versión: 001 Fecha: Junio de 2017

EL SUSCRITO JEFE DE LA OFICINA DE CONTRATACIÓN

CERTIFICA QUE:

La señora **NATALY VARGAS CALLEJAS**, Identificado (a) con Cedula de Ciudadanía No. 1.121.864.677 de Villavicencio Meta, presta sus servicios a esta entidad a través del contrato de Prestación de Servicios, conservando su autonomía e independencia, el cual se describe a continuación.

CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. **100-103-13-10-00071 - 2024**
OBJETO:	FORTALECER Y APOYAR LAS INVESTIGACIONES EPIDEMIOLOGICAS DE CAMPO DE EVENTOS DE INTERES EN SALUD PÚBLICA
VALOR CONTRATO:	NUEVE MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($9.400.000)
VALOR ADICIÓN:	CUATRO MILLONES SETESCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($4.700.000)
FECHA DE INICIO:	DOCE (12) DE FEBRERO DE 2024.
TIEMPO DE EJECUCIÒN:	CUATRO (04) MESES
PRORROGA:	DOS (02) MESES
FECHA DE TERMINACIÓN:	ONCE (11) DE AGOSTO DE 2024.
ESTADO DEL CONTRATO:	**EN EJECUCIÒN**

OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA:

1. Ejecutar debida y oportunamente el objeto del contrato, dando cumplimiento a las actividades que se asignen por parte de la entidad CONTRATANTE.
2. Suscribir acta de inicio, actas parciales (cuando corresponda), y acta de terminación con el supervisor.
3. No ceder total o parcialmente el contrato, ni subcontratar sin autorización previa y escrita de EL CONTRATANTE.
4. Ejecutar las actividades contractadas con independencia y autonomía atendiendo las mismas con criterio de oportunidad, eficiencia y eficacia.
5. Guardar la debida reserva y confidencialidad sobre los que tenga conocimiento con ocasión de la ejecución del contrato.
6. Realizar el pago de los aportes al sistema general de seguridad social integral (Salud, Pensión y Riesgos Laborales).
7. Presentar al supervisor los informes de ejecución contractual.
8. Obrar con lealtad y buena fe en todas las etapas contractuales.
9. Informar oportunamente al supervisor toda contingencia que pueda afectar la ejecución de las actividades contratadas
10. Tener una cuenta corriente o de ahorros en una entidad bancaria a través de la cual se puedan llevar a cabo los pagos del contrato.
11. Contar con el certificado de aptitud medico ocupacional al área de riesgos laborales, de conformidad con la normatividad vigente.

ALCALDÍA PUERTO LÓPEZ	**CERTIFICACIÓN**	**Código: F - 027** Versión: 001 Fecha: Junio de 2017

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA:

1. Realizar búsqueda activa comunitaria (BAC) de Eventos de Interés en Salud Pública tanto en área urbana como rural, impartir medidas preventivas en cada intervención para la *mitigación, control y prevención.*
2. Realizar visita de campo de los de Eventos de Interés en Salud Pública notificados en el sistema de vigilancia (SIVIGILA).
3. Apoyar actividades educativas de prevención y control de enfermedades consideras de interés en salud pública de acuerdo con los cronogramas establecidos por la secretaria de salud.
4. Apoyar el seguimiento y gestionar riesgo en población priorizada (gestantes, adulto mayor, menores de 5 años) que presenten eventos de interés en salud pública (morbilidad materna extrema, Tuberculosis, Lepra, Desnutrición en menores de 5 años, cáncer, bajo peso al nacer, entre otros).
5. Brindar apoyo al seguimiento a los eventos adversos atribuibles a la vacunación (EAPV).
6. Apoyar los monitoreos del Plan Ampliado de Inmunización.
7. Apoyar seguimiento de las cohortes de vacunación del programa ampliado de inmunizaciones PAI.
8. Apoyo a las Jornadas de vacunación que se realizan de acuerdo con la directriz nacional, departamental o municipal.
9. Realizar verificación de esquema de vacunación en las visitas realizadas y hacer la respectiva demanda inducida efectiva al servicio de vacunación de la población objeto.
10. Realizar demanda inducida a las RPYMS, ruta Materno Perinatal y demás programas que corresponda de acuerdo con el curso de vida y evaluar su efectividad.
11. Apoyo a las demás actividades de salud pública de la Secretaría de Salud Municipal.

Se expide a solicitud de la interesada, en Puerto López a los cinco (05) días del mes de julio del año dos mil veinticuatro (2024).

HEBERT LEONARDO CAMARGO MORENO
Jefe Oficina Contratación

Elaborado:	Revisado:	Aprobado:
Nombre: Luisa Fernanda Barrios R.	Nombre: Hebert Leonardo Camargo Moreno	Nombre: Hebert Leonardo Camargo Moreno
Cargo: Técnico operativo	Cargo: Jefe Oficina Contratación	Cargo: Jefe Oficina Contratación
Fecha: 05/07/2024	Fecha: 05/07/2024	Fecha: 05/07/2024

ALCALDÍA PUERTO LÓPEZ	CERTIFICACIÓN	Código: F - 027 Versión: 001 Fecha: Junio de 2017

EL SUSCRITO JEFE DE LA OFICINA DE CONTRATACIÓN

CERTIFICA QUE:

La señora **NATALY VARGAS CALLEJAS** identificada con la cédula de ciudadanía No. **1121846677 de Villavicencio** prestó sus servicios a esta entidad a través del contrato de Prestación de Servicios de apoyo a la gestión, conservando su autonomía e independencia, el cual se describe a continuación.

CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN No. 100-103-13-10-00062-2023
OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA EL FORTALECIMIENTO DE LAS INVESTIGACIONES EPIDEMIOLÓGICAS DE CAMPO DE EVENTOS DE INTERES EN SALUD PUBLICA
VALOR CONTRATO:	VEINTITRES MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS MCTE ($23.500.000).
TERMINO:	DIEZ (10) MESES.
FECHA DE INICIO:	TRES (03) DE FEBRERO DE 2023.
FECHA DE TERMINACIÓN:	DOS (02) DE DICIEMBRE DE 2023.
ESTADO DEL CONTRATO:	TERMINADO

FUNCIONES GENERALES DEL CONTRATISTA:

1. Acatar las indicaciones que EL CONTRATANTE le señale en cumplimiento del objeto contratado.
2. No ceder total o parcialmente el contrato ni subcontratar sin autorización previa y escrita de EL CONTRATANTE.
3. Realizar las labores que sean afines con el objeto contractual y que no constituyan menoscabo de la independencia y autonomía para su ejecución.
4. Guardar la debida reserva y confidencialidad sobre los que tenga conocimiento con ocasión de la ejecución del contrato.
5. Acreditar que se encuentra al día en el pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social Integral.
6. Presentar informe parcial y/o final sobre el cumplimiento del objeto contractual al supervisor del contrato para que sea expedida la certificación de cumplimiento del mismo, documento indispensable para el pago. El cual deberá estar soportado con anexos.
7. *Suscribir acta de inicio, actas parciales, acta de recibo final con el supervisor.*

ALCALDÍA MARIO LÓPEZ	CERTIFICACIÓN	Código: F - 027 Versión: 001 Fecha: Junio de 2017

FUNCIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATISTA:

1. Búsqueda activa comunitaria y rastreo tanto en zona urbana como rural, diligenciar el formato establecido y digitalizar para la entrega los días lunes y jueves e impartir IEC de las medidas preventivas para la mitigación, control y prevención del contagio de COVID – 19.
2. Investigación epidemiológica de campo a los casos positivos, probables que estén en hospitalización que incluye: línea de tiempo, apéndice N.1, apéndice N. 2, matriz de caso índice, fichas de notificación manual de los contactos no convivientes, insumo un archivo digital marcado con el nombre del usuario a intervenir de cada uno de estos formatos diligenciados con verificación de la epidemióloga y certificación mensual para COVID – 19.
3. Realizar apoyo al seguimiento de eventos adversos atribuibles a la vacunación e inmunización (ESAVI).
4. Realizar Búsqueda activa comunitaria (BAC) de eventos e interés en salud pública.
5. Realizar apoyo en el monitoreo de vacunación.
6. Realizar investigaciones epidemiológicas de campo – IEC a eventos de interés en salud pública.
7. *Apoyo a actividades de salud pública de la Secretaria de Salud Municipal*

Se expide a solicitud de la interesada, en Puerto López a los veintiún (21) días del mes de diciembre del año dos mil veintitrés (2023).

RODRIGO ANDRES TORRES GUZMAN
Jefe Oficina Contratación

48
49

ALCALDÍA PUERTO LÓPEZ	CERTIFICACIÓN	Código: F - 027 Versión: 001 Fecha: Junió de 2017

EL SUSCRITO JEFE DE LA OFICINA DE CONTRATACIÓN

CERTIFICA QUE:

La señora NATALY VARGAS CALLEJAS identificada con la C.C No 1.121.846.677 expedida en la ciudad de Villavicencio, prestó sus servicios a esta entidad a través del contrato de Prestación de Servicios, sin subordinación laboral, conservando *su autonomía e independencia, el cual* se describe a continuación.

CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIO NÚMERO 100-103-13-10-00080-2022
OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN LA SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA PRASS Y EN VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA
VALOR:	VEINTIDOS MILLONES DE PESOS ($22.000.000)
TERMINO:	11 MESES
FECHA DE INICIO:	VEINTISEIS (26) DE ENERO DE 2022
FECHA DE TERMINACION:	VEINTISEIS (26) DE DICIEMBRE DE 2022

FUNCIONES GENERALES DEL CONTRATISTA:

1. Acatar las indicaciones que EL CONTRATANTE le señale en cumplimiento del objeto contratado.
2. No ceder total o parcialmente el contrato ni subcontratar sin autorización previa y escrita de EL CONTRATANTE.
3. Realizar las labores que sean afines con el objeto contractual y que no constituyan menoscabo de la independencia y autonomía para su ejecución.
4. Guardar la debida reserva y confidencialidad sobre los que tenga conocimiento con ocasión de la ejecución del contrato.
5. Acreditar que se encuentra al día en el pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social Integral.
6. Presentar informe parcial y/o final sobre el cumplimiento del objeto contractual al supervisor del contrato para que sea expedida la certificación de cumplimiento del mismo, documento indispensable para el pago. El cual deberá estar soportado con anexos.
7. Suscribir acta de inicio, actas parciales, acta de recibo final con el supervisor.

FUNCIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA:

1. Búsqueda activa comunitaria y rastreo tanto en zona urbana como rural, diligenciar el formato establecido y digitalizar para la entrega los días lunes y jueves e impartir IEC de las medidas preventivas para la mitigación, control y prevención del contagio de COVID – 19.

ALCALDÍA PUERTO LÓPEZ	CERTIFICACIÓN	Código: F - 027 Versión: 001 Fecha: Junio de 2017

2. Apoyo a actividades de salud pública de la Secretaría de Salud Municipal
3. Investigación epidemiológica de campo a los casos positivos, probables que estén en hospitalización que incluye: línea de tiempo, apéndice N.1, apéndice N. 2, matriz de caso índice, fichas de notificación manual de los contactos no convivientes, insumo un archivo digital marcado con el nombre del usuario a intervenir de cada uno de estos formatos diligenciados con verificación de la epidemióloga y certificación mensual para COVID - 19.
4. Seguimiento por 7 días a todos los casos positivos, y rastreo al mayor número de contactos estrechos convivientes y no convivientes. Insumo matriz digital marcado con el nombre del caso índice de COVID - 19.
5. Realizar rastreo de casos probables, positivos y viajeros que llegan del exterior, de acuerdo con la información suministrada en base de datos por el centro nacional de contactos del instituto Nacional de Salud.
6. Realizar apoyo al seguimiento de eventos adversos atribuibles a la vacunación e inmunización (ESAVI).
7. Realizar Búsqueda activa comunitaria (BAC) de eventos e interés en salud pública.
8. Realizar apoyo en el monitoreo de vacunación.
9. Hacer entrega de 11 informes de acuerdo con insumos suministrados por el área de vigilancia en salud pública.

DOCUMENTOS A ENTREGAR

1. Pantallazo del diligenciamiento del formulario Epicollect y evidencia fotográfica de la BAC.
2. Se relacionan las actividades adicionales y se entrega el registro fotográfico.
3. Tabla de Excel relacionando los casos positivos de Covid-19 que se realizaron durante el mes y certificación emitida por la epidemióloga de la Secretaría de Salud.
4. Pantallazo del formato consolidado de seguimientos a casos positivos de Covid-19 y sus contactos. Unir esta actividad con la actividad 4
5. Pantallazo de la base de datos del Centro Nacional de Rastreo (CCNR) según el mes que le corresponda.
6. Pantallazo del formato de 1EC para el evento de ESAVI si se presentaron casos.
7. Pantallazo del diligenciamiento del formulario Epicollect y evidencia fotográfica de la BAC.
8. Pantallazo del formato de Monitoreo de Vacunación y evidencia fotográfica según el mes que corresponda.
9. Entrega de informe de las actividades realizadas mensualmente.

Se expide a solicitud de la interesado, en Puerto López a los trece (13) días del mes de enero del año dos mil veintitrés (2023).

RODRIGO ANDRES TORRES GUZMAN
Jefe Oficina Contratación

Elaboró: Amparo Barreto Pinzón/ Auxiliar Administrativo
Revisó: Leidy Lorena Esquivel Murcia / Profesional Universitario

4-9

	CERTIFICACION LABORAL	Código: F - 027 Versión: 001 Fecha: Junio de 2017

EL SUSCRITO JEFE DE LA OFICINA DE CONTRATACIÓN

CERTIFICA QUE:

La señora NATALY VARGAS CALLEJAS identificada con la C.C No. 1.121.846.677 expedida en la ciudad de Villavicencio, prestó sus servicios a esta entidad a través del contrato de Prestación de Servicios, conservando su autonomía e independencia, el cual se describe a continuación.

CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIO NÚMERO 103-08-09-00073 DE 2021
OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS DE ENFERMERIA PARA APOYO A LA SECRETARIA DE SALUD EN EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIAS PRASS Y EN VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA.
VALOR:	DIECIOCHO MILLONES DE PESOS M/CTE ($18.000.000)
TERMINO:	10 MESES
FECHA DE INICIO:	VEINTITRES (23) DE FEBRERO DE 2021
FECHA DE TERMINACION:	VEINTIDOS (22) DE DICIEMBRE DE 2021

FUNCIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATISTA:

1. Búsqueda activa comunitaria y rastreo tanto en zona urbana como rural, diligenciar el formato establecido y digitalizar para la entrega los días lunes y jueves e impartir IEC de las medidas preventivas para la mitigación, control y prevención del contagio de COVID – 19.
2. Investigación Epidemiológica de campo a los casos positivos, probables que estén en hospitalización que incluye; línea de tiempo, Apéndice N.1, Apéndice N. 2, Matriz de caso índice, *Fichas de notificación manual de los contactos no convivientes; Insumo una archivo* digital marcada con el nombre del usuario a intervenir de cada uno de estos formatos diligenciados con verificación de la epidemiólogo y certificación mensual para COVID – 19.
3. Seguimiento por 14 días a todos los casos positivos, y a los contactos estrechos convivientes y no convivientes. Insumo matriz digital marcado con el nombre del caso índice de COVID – 19.
4. Rastreo al mayor número de contactos estrechos no convivientes y convivientes de los casos probables y positivos de COVID – 19.

	CERTIFICACION LABORAL	Código: F - 027 Versión: 001 Fecha: Junio de 2017

5. Realizar rastreo de casos probables, positivos y viajeros que llegan del exterior, de acuerdo a la información suministrada en base de datos por el centro nacional de contactos del Instituto Nacional de Salud.
6. Realizar apoyo al seguimiento de eventos adversos supuestamente atribuibles a la vacunación e inmunización (ESAVI).
7. Realizar Búsqueda activa comunitaria (BAC) de eventos e interés en salud pública. Hacer entrega de 10 informes de acuerdo a insumos suministrados por el área de vigilancia en salud pública

Se expide a solicitud de la interesado, en Puerto López a los cinco (05) días del mes de enero del año dos mil veintidós (2022).

RODRIGO ANDRES TORRES GUZMAN
Jefe Oficina Contratación

Elaboró: Amparo Barreto Pinzón/ Auxiliar Administrativo
Revisó: Rodrigo Andrés Torres Guzmán / Jefe de Oficina

ALCALDÍA PUERTO LÓPEZ	**CERTIFICACIÓN**	**Código: F - 027** Versión: 001 Fecha: Junio de 2017

EL SUSCRITO JEFE DE LA OFICINA DE CONTRATACIÓN

CERTIFICA QUE:

La señora **NATALY VARGAS CALLEJAS**, Identificado (a) con Cedula de Ciudadanía No. 1.121.864.677 de Villavicencio Meta, prestó sus servicios a esta entidad a través del contrato de Prestación de Servicios, conservando su autonomía e independencia, el cual se describe a continuación.

CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. **103-08-09-00197 - 2020**
OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS TECNICOS EN ENFERMERIA PARA APOYO SECRETARIA DE SALUD PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA PRASS Y EN VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA.
VALOR CONTRATO:	SEIS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($6.300.00)
FECHA DE INICIO:	VEINTIDOS (22) DE SEPTIEMBRE DE 2020.
TIEMPO DE EJECUCIÒN:	TRES (03) MESES
FECHA DE TERMINACIÓN:	VEINTIUNO (21) DE DICIEMBRE DE 2020.
ESTADO DEL CONTRATO:	**TERMINADO**

OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA:

1. Apoyar a la Secretaria de salud en la revisión de los instrumentos de ejecución del Plan de salud territorial en la dimensión de salud y ámbito laboral.
2. Guardar la debida reserva y confidencialidad sobre los documentos que le sean entregados o tenga conocimiento con ocasión de la ejecución del contrato.
3. Cumplir a cabalidad con el objeto contractual.
4. Atender con prontitud y diligenciamiento las actividades solicitadas en el cumplimiento del objeto contractual.
5. Acreditar que se encuentra al día en el pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social Integral.
6. Obrar con lealtad, responsabilidad y buena fe durante la ejecución del contrato.
7. Presentar informe parcial y/o final sobre el cumplimiento del objeto contractual al supervisor del contrato para que sea expedida la certificación de cumplimiento del mismo, documento indispensable para el pago. El cual deberá estar soportado con anexos.
8. Suscribir acta de inicio, actas parciales, acta de recibo final con el supervisor.
9. Las demás que de acuerdo con los pliegos de condiciones le estén asignadas al cumplimiento del contratista y, las demás que por ley le correspondan.

ALCALDÍA PUERTO LÓPEZ	**CERTIFICACIÓN**	**Código: F - 027** Versión: 001 Fecha: Junio de 2017

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA:

1. Búsqueda activa comunitaria y rastreo tanto en zona urbana como rural, diligenciar el formato establecido y digitalizar para la entrega los días lunes y jueves e impartir IEC de las medidas preventivas para la mitigación, control y prevención del contagio de COVID – 19
2. Investigación Epidemiológica de campo a los casos positivos, probables que estén en hospitalización que incluye; línea de tiempo, Apéndice N.1, Apéndice N. 2, Matriz de caso índice, Fichas de notificación manual de los contactos no convivientes; Insumo un archivo digital marcada con el nombre del usuario a intervenir de cada uno de estos formatos diligenciados con verificación de la epidemióloga y certificación mensual para COVID – 19
3. Seguimiento por 14 días a todos los casos positivos, y a los contactos estrechos convivientes y no convivientes. Insumo matriz digital marcado con el nombre del caso índice de COVID – 19
4. Rastreo al mayor número de contactos estrechos no convivientes y convivientes de los casos probables y positivos de COVID – 19

Se expide a solicitud de la interesada, en Puerto López a los cinco (05) días del mes de julio del año dos mil veinticuatro (2024).

HEBERT LEONARDO CAMARGO MORENO
Jefe Oficina Contratación

Elaborado:	Revisado:	Aprobado:
Nombre: Luisa Fernanda Barrios R.	Nombre: Hebert Leonardo Camargo Moreno	Nombre: Hebert Leonardo Camargo Moreno
Cargo: Técnico operativo	Cargo: Jefe Oficina Contratación	Cargo: Jefe Oficina Contratación
Fecha: 05/07/2024	Fecha: 05/07/2024	Fecha: 05/07/2024

LA JEFE DE LA OFICINA DE CONTRATACION

C E R T I F I C A:

Que la señora **NATALY VARGAS CALLEJAS**, identificada con la cedula de ciudadanía No. **1.121.846.677** de Villavicencio -Meta, suscribió y ejecutó con el municipio de Puerto López- Meta, Contrato de Prestación de Servicios Profesionales No. **103-08-09-00057**, del 17 de enero al 16 de diciembre de 2018, por valor de $ 18.700.000 cuyo objeto fue "**PRESTACION DE SERVICIOS DE AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZACION DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE CAMPO DE LOS EVENTOS NOTIFICADOS EN EL MUNICIPIO DE PUERTO LÓPEZ - META**", y realizó las siguientes actividades:

1. Participar de los Equipos de Respuesta Inmediata para la atención de brotes o epidemias y desarrollar las actividades designadas en caso de activación de planes de contingencia.
2. Realizar búsqueda activa, visita de campo y seguimiento a eventos de interés en salud pública según protocolos.
3. Realizar reactivación, seguimiento y mantenimiento de muestras a secretaria de salud del Meta de las Larvitrampas del Municipio.
4. Apoyar las jornadas de vacunación según lineamientos del MSPS
5. Coordinar y apoyar la realización de la lavatón mensual y seguimientos a casas positivas.
6. Revisar las bases de datos de gestantes e inasistentes y realizar *seguimiento con las EPS*
7. Desarrollar una búsqueda semanal en el servicio de atención al usuario y/o oficina de referencia y contra referencia del Hospital Local de los casos de gestantes, niños o adultos con enfermedades crónicas no transmisibles remitidos por complicaciones para realizar seguimiento domiciliario y acceso a los servicios por parte de la EAPB.
8. Diligenciar las encuestas para monitoreo de cobertura de vacunación según programación del MSPS.

Código Postal 502001 / Calle 6 Nro. 4 – 40
Teléfonos 6450412 – 6451867
contratación@puertolopez-meta.gov.co

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL META
MUNICIPIO DE PUERTO LOPEZ
OFICINA DE CONTRATACIÓN

Puerto López
Para Todos

LA JEFE DE LA OFICINA DE CONTRATACIÓN

C E R T I F I C A:

Que la señora **NATALY VARGAS CALLEJAS**, identificado con la cédula de ciudadanía número 1.121.846.677 Villavicencio- Meta, suscribió con el municipio el contrato de Prestación de Servicios No. 103-08-09-00044 DE 2019 del 23 Enero de 2019 al 20 de Diciembre de 2019, por valor de DIECIOCHO MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS $ 18.700.000, cuyo objeto fue "PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS DE APOYO A LA GESTION EN LA SECRETARIA DE SALUD DEL MUNICIPIO DE PUERTO LÓPEZ – META". El cual el supervisor reporta total cumplimiento en las actividades realizadas hasta la fecha.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado en Puerto López – Meta- a los Tres (3) días del mes de enero 2020.

Alejandra Castillo

ALEJANDRA CASTILLO BLANDÓN
Jefe Oficina De Contratación

9. Realizar búsqueda activa comunitaria de los eventos de interés en salud pública.
10. Realizar búsqueda activa y censo de establecimientos comerciales de: consultorios médicos, laboratorios, estéticas, salas de belleza y donde realicen tatuajes o manejen material con riesgo biológico.

La presente certificación se expide a solicitud de la interesada en Puerto López – Meta, a los veintitrés (23) días del mes de julio de 2020.

JENNY ELIZABETH TOBAR BOADA
Jefe Oficina de Contratación

Proyectó:
Amparo Barreto P.
Auxiliar Administrativo

Código Postal 502001 / Calle 6 Nro. 4 – 40
Teléfonos 6450412 – 6451867
contratación@puertolopez-meta.gov.co