FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
PARDO	REYES	LUZ NELLY

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 52823545	F ⊗ M ○ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 29 MES 07 AÑO 1979

PAÍS COLOMBIA

DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO FÓMEQUE

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 6 6 53 Casa

PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO FÓMEQUE

TELÉFONO 2441425 EMAIL luznellypardo1@yahoo.es

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	1996

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
POSTGRADO	3	X		ESPECIALIZACION EN AUDITORIA Y GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD	07	2006	
PREGRADO	10	X		TRABAJO SOCIAL	11	2001	087855212-A

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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
PARAMEDIC RESCUE ACADEMY S.A.S	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	50	X		ATENCION PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VICTIMAS DE CONFLICTO ARMADO (PAPSIVI)	04	2024
PARAMEDIC RESCUE ACADEMY S.A.S	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	130	X		DIPLOMADO DE ADMINISTRACION EN SALUD PUBLICA	03	2024
PARAMEDIC RESCUE ACADEMY S.A.S	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		CURSO DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD A PERSONAS VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y GENERO	08	2023
POLITECNICO DE SURAMERICA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	120	X		GESTION DE DUELO	07	2022
E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		INDUCCION-REINDUCCION ESTRATEGIA IAMII-GENERALIDADES	06	2022
SECRETARIA DE SALUD DE BOGOTA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	15	X		MANEJO DEL ESTRES EN PERSONAL Y CONTEXTOS ASISTENCIALES EN SALUD	08	2021
SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD Y REGISTRO PARA LOCALIZACION Y CARACTERIZACION DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD	07	2021
SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD Y REGISTRO PARA LOCALIZACION Y CARACTERIZACION DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD	07	2021
POLITECNICO DE COLOMBIA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	120	X		DIPLOMADO EN HUMANIZACION DE SERVICIOS DE SALUD	03	2021
ICONTEC	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	112	X		SISTEMA UNICO DE ACREDITACION PARA INTITUCIONES PRSTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD	11	2019

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
PONTIFICIA UNIVERSITARIA JAVERIANA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	120	X		DIPLOMADO EN GESTION EDUCATIVA TERRITORIAL	08	2002

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE			PÚBLICA: X		PRIVADA:		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA	MUNICIPIO: FÓMEQUE						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS: 3123060858	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	02	Mes	01	Año	2026	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL: 'COORDINADOR DE CAMPO	DEPENDENCIA: ATENCION AL USUARIO						DIRECCIÓN: CALLE 4# 5-00					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: ALCALDIA DE FOMEQUE			PÚBLICA: X		PRIVADA:		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA	MUNICIPIO: FÓMEQUE						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS: 3123060858	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	01	Mes	08	Año	2025	Día	31	Mes	08	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL: CONTRATISTA PROFESIONAL -	DEPENDENCIA: 'DIRECCION DE GESTION SOCIAL						DIRECCIÓN: CALLE 6A calle 6 N 6-53					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FÓMEQUE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3123060858	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	02	*Año* 2025	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 16/2014 - TRABAJADORA SOCIAL	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA SUBGERENTE					*DIRECCIÓN* carrera 6 No 6-53						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FÓMEQUE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3123060858	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	01	*Año* 2024	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 16/2014 - TRABAJADORA SOCIAL	*DEPENDENCIA* SUBGERENCIA CIENTIFICA					*DIRECCIÓN* CALLE 4 5 0						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE CHOACHI			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* CHOACHÍ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3123060858	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	06	*Mes*	04	*Año* 2023	*Día*	26	*Mes*	12	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESORA DE SALUD	*DEPENDENCIA* AREA DE DESARROLLO SOCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 3 3 41						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FÓMEQUE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3123060858	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	09	*Año* 2022	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ATENCION AL USUARIO - SIAU					*DIRECCIÓN* CALLE 4 - 5 01						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE CHOACHI			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* CHOACHÍ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3123060858	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	16	*Mes*	03	*Año* 2022	*Día*	22	*Mes*	12	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL (CT 798 DE 2016) PROFESIONAL P	*DEPENDENCIA* ALCALDIA DESARROLLO SOCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 3 3 41						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FÓMEQUE						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3123060858	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	08	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ATENCION AL USUARIO SIAU						*DIRECCIÓN* CALLE 4 - 5 01					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FÓMEQUE						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 2411420	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* TRABAJADORA SOCIAL						*DIRECCIÓN* CALLE 4 - 5 01					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FÓMEQUE						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3123060858	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	30	*Mes*	03	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINADORA SALUD PUBLICA	*DEPENDENCIA* SUBGERENCIA CIENIFICA						*DIRECCIÓN* CARRERA 1 1A 20 ESTE					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FÓMEQUE						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3209137261	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	16	*Mes*	05	*Año*	2021	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SUBGERENCIA CIENTIFICA						*DIRECCIÓN* CALLE 4 5 00					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FÓMEQUE						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 2411420	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2021	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SUBGERENCIA CIENTIFICA						*DIRECCIÓN* CALLE 4 5 00					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FÓMEQUE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8485024	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	16	*Mes*	05	*Año*	2021	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* TRABAJADORA SOCIAL						*DIRECCIÓN* CALLE 4 N 5 00					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FÓMEQUE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8485024	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	01	*Año*	2021	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SIAU						*DIRECCIÓN* CALLE 4 N 5 00					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FÓMEQUE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8485024	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	01	*Año*	2020	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 4 N 5 00					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FÓMEQUE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 2411420	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	01	*Año*	2019	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* TRABAJADORA SOCIAL						*DIRECCIÓN* CALLE 4 N 5 00					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FÓMEQUE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8485024	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	01	*Año*	2018	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* TRABAJADORA SOCIAL						*DIRECCIÓN* Sin dirección					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FÓMEQUE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3203331920	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	08	*Mes*	08	*Año*	2013	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* CARRERA 2 N 5 41					

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	2	4
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	4	6
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

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.

Septiembre. 2026.
Fomeque.

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	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2026-01-30 09:21

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
LUZ	NELLY	PARDO	REYES

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	52823545

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	CUNDINAMARCA	FÓMEQUE

Lugar de domicilio

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	CUNDINAMARCA	FÓMEQUE

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

Lugar de sede

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	CUNDINAMARCA	FÓMEQUE

Dirección	["CALLE 4 No. 5-00"]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2024 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$4.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$1.500.000,00
TOTAL	$5.500.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$10.000.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
CREDITO	$150.000.000,00

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 INTERES

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
JHON	ALEXANDER	TURRIAGO	SANTIAGO

Tipo documento	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	80209495

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

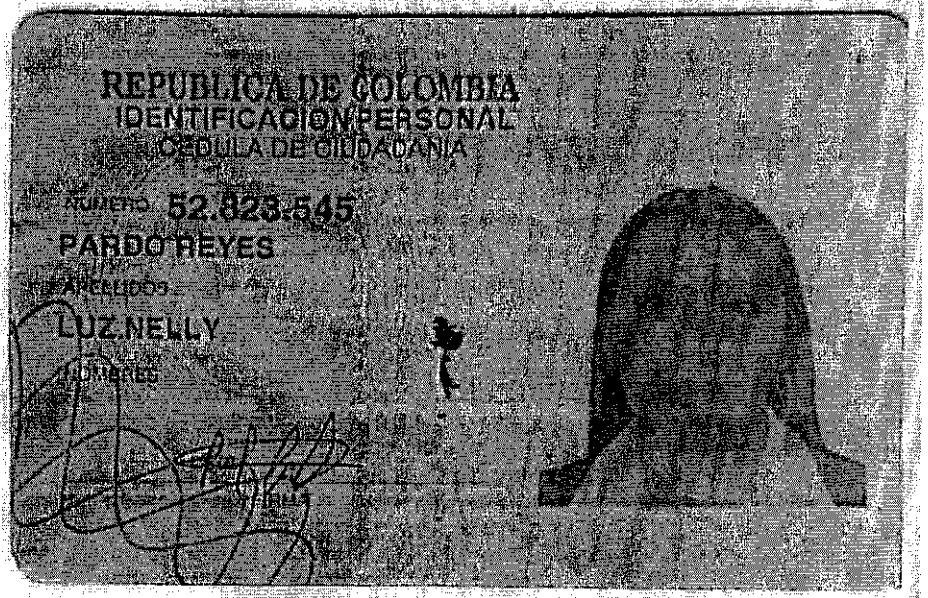
Nombre entidad	Valor

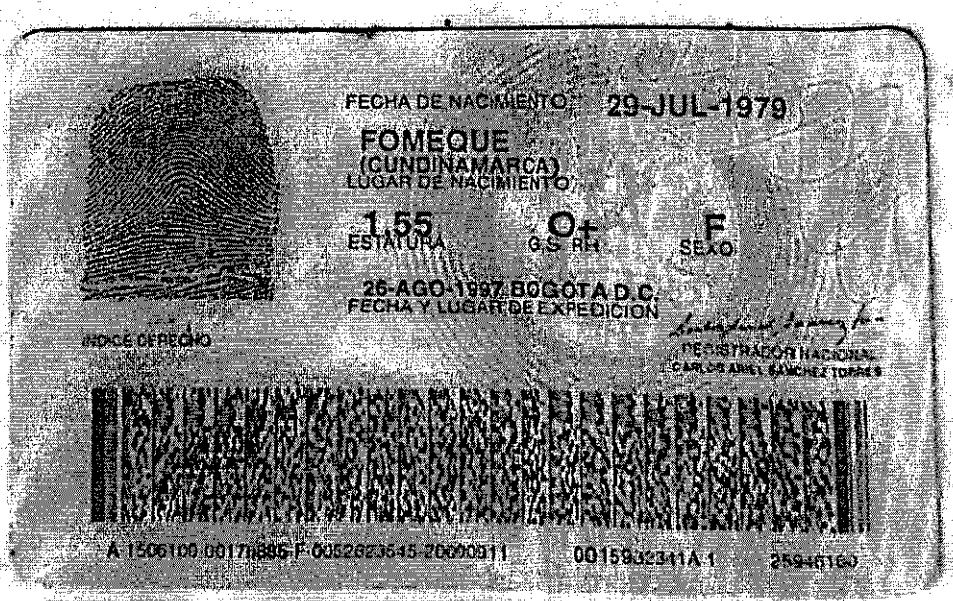
2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 52.823.545
PARDO REYES
APELLIDOS
LUZ NELLY
NOMBRES


FECHA DE NACIMIENTO 29-JUL-1979
FOMEQUE
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
26-AGO-1997 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A 1500100 0017m885 F 0052823545 20000911 0015932341A 1 2594016

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52823545		PARDO REYES LUZ NELLY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 6 6 53	FOMEQUE-CUNDINAMARCA	3123060858	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2026-08	2026-08	1000000182	9509979342	I	2026/09/10	2026/09/17	BANCO DE BOGOTA	7	$544,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificacion	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Ciudad: FOMEQUE Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
1	CC 52823545	PARDO LUZ	230201	30	$1,750,905	$280,200	EPS017	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,750,905	$42,700	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52823545		PARDO REYES LUZ NELLY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 6 6 53	FOMEQUE-CUNDINAMARCA	3123060898	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-08	1000000182	9509979342	I	2026/09/10	2026/09/17	BANCO DE BOGOTA	7	$544,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	Fondo Solidaridad Pensional	Intereses de Mora Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Intereses de Mora Fondo Subsistencia	SALDOS E INCAPACIDADES	VAL
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$1,500						$0
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$280,200	$1,500	$0	$0	$0	$0		$0
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$300						$0
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$42,700	$300	$0	$0	$0	$0		$0
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$1,200						$0
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$218,900	$1,200	$0	$0	$0	$0		$0
TOTAL				1	$541,800	$3,000	$0	$0	$0	$0		$0

PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) LUZ NELLY PARDO REYES identificado(a) con CC. 52823545 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**2008/01/19**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 01 días del mes de 09 del año 2026.

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

Protección

Una empresa sura

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **PARDO REYES LUZ NELLY** identificado(a) con **CC** número **52.823.545** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 12 de diciembre de 2000 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 17 de septiembre de 2026.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customer0001.wolkvox.com/proteccion/index.php**

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 304577591

PIB
16:33:09

Bogotá DC, 09 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) LUZ NELLY PARDO REYES identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52823545:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 07 de octubre de 2026, a las 17:23:30, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	52823545
Código de Verificación	52823545261007172330

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

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 04:35:05 PM horas del 09/10/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **52823545**

Apellidos y Nombres: **PARDO REYES LUZ NELLY**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

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

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, 07/10/2026 05:24:02 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **52823545** y Nombre: **LUZ NELLY PARDO REYES.**

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. **149185469** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 16:58:08 horas del 09/10/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **52823545,** Apellidos y Nombres **PARDO REYES LUZ NELLY**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE** , con NIT **800174375-5** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

Área de Administración de Información Criminal

ENLACES DE INTERÉS

› Portal web DIJIN

› Consulta Antecedentes Judiciales

› Protección de Datos

SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES

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

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 52823545 **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 11/09/2026 04:43 PM

Código Verificación: **8ABZX21KQ4**

Válida hasta: **11/12/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 02 Actualización

4. Número de formulario: 141043296398

(415)7707212489984(8020) 000014104329639 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	81. Buzón electrónico
52823545	3	Impuestos de Bogotá 32	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 13	52823545

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
PARDO	REYES	LUZ	NELLY

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Cundinamarca 25	Fomaque 279

41. Dirección principal: CL 6 6 52

42. Correo electrónico: luznellypardo1@yahoo.es

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3123060858	

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
7490	2010/05/04	8413	2007/04/10	4799	4711		

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	49																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros																				Exportadores						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código																						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

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: PARDO REYES LUZ NELLY

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

DOCUMENTO DE USO EXCLUSIVO DIAN

Fecha generación documento PDF: 10-03-2025 07:43:21PM

89

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

Y EN SU NOMBRE

LA UNIDAD EDUCATIVA
"AGUSTIN GUTIERREZ"
DE FOMEQUE - CUNDINAMARCA

AUTORIZADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL, SEGUN RESOLUCION Nº 2620 DEL 18 DE MARZO DE 1980

CONFIERE A

Luz Nelly Pardo Reyes

IDENTIFICADO CON T.I. No 790729-00699 DE Fomeque

EL TITULO DE

BACHILLER PEDAGOGICO

POR HABER CURSADO Y APROBADO LOS ESTUDIOS CORRESPONDIENTES AL NIVEL DE EDUCACION MEDIA VOCACIONAL, SEGUN LOS PLANES Y PROGRAMAS VIGENTES.

RECTOR

SECRETARIO

DADO EN Fomeque A 30 DE Noviembre DE 1986

Nº 611108

"NO REQUIERE REGISTRO. - DECRETO Nº 021 DEL 5 DE MAYO DE 1994"

UNIVERSIDAD

EAN

Personería Jurídica Resolución No. 2898 del 16 de Mayo de 1969 del Ministerio de Justicia

Teniendo en cuenta que

Luz Nelly Pardo Reyes

Documento de Identidad C.C. No. 52.823.545 expedido en Santafé de Bogotá, D.C.

Ha cumplido satisfactoriamente con los requisitos exigidos por el programa académico y demás normas reglamentarias, en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional, le otorga el título de

Especialista en Auditoría y Garantía de Calidad en Salud con Énfasis en Epidemiología

En testimonio firmamos y sellamos, en la ciudad de Bogotá, D.C. el día 30 del mes de Agosto de 2006

Rector

Coordinador Registro Académico
Secretaría General

Anotado en el Libro de Registro de Títulos de la UAN No. 1 FFC
Registro No. 901 Folio No. 60
Folio de Grado No. 52

UNIVERSIDAD EAN

FACULTAD DE POSTGRADOS
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA Y GARANTÍA DE CALIDAD EN SALUD CON ÉNFASIS EN EPIDEMIOLOGÍA

ACTA DE GRADO INDIVIDUAL

En la ciudad de Bogotá, D. C. el día 30 del mes de Agosto de 2006, siendo las 3:00 p.m., se llevó a cabo el acto de graduación presidido por el Rector, doctor **JORGE ENRIQUE SILVA DUARTE**, en el cual la **UNIVERSIDAD EAN**, legalmente autorizada para el efecto y previo juramento de rigor, otorgó a **LUZ NELLY PARDO REYES** identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **52.823.545** de **SANTAFE DE BOGOTA D.C.** y quien cumplió con todos los requisitos exigidos por la Ley y los reglamentos de la Institución, el título de **ESPECIALISTA EN AUDITORÍA Y GARANTÍA DE CALIDAD EN SALUD CON ÉNFASIS EN EPIDEMIOLOGÍA**, mediante el diploma que lo(a) acredita como tal, anotado en el Libro de Registro de Títulos de la Facultad de Postgrados Nº 1, Folio 60, Registro Nº 901

En fe de lo anterior se firma la presente Acta de Grado por quienes en ella intervinieron.

Firmada por:

JORGE ENRIQUE SILVA DUARTE, Rector

CARLOS JULIO RUIZ VELASCO, Coordinador Registro Académico

Es fiel copia tomada del Acta de Grado General Nº 52 del día 30 del mes de Agosto de 2006

CARLOS JULIO RUIZ VELASCO
Coordinador Registro Académico
Secretaría General

Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca

RESOLUCIÓN No. 529 DEL 13 DE MARZO DE 1995 EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
ACUERDO No. 024 DEL 14 DE DICIEMBRE DE 1994 EXPEDIDO POR EL CONSEJO SUPERIOR UNIVERSITARIO

CONFIERE EL TÍTULO DE

Trabajador Social

A

Luz Nelly Pardo Reyes

C.C. No. 52.828.545 DE Santafé de Bogotá, D.C.

AUTENTIFICACION DE COPIA DE ORIGINAL SEGÚN NOTARIA VEINTE DEL CIRCULO DE BOGOTA. CERTIFICO QUE PREVIO EL COTEJO RESPECTIVO, LA PRESENTE COPIA, COINCIDE CON EL ORIGINAL TENIDO A LA VISTA
17 ENE 2002
MAGDA [illegible] PARDIAL
NOTARIA

QUIEN CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS, EN TESTIMONIO DE ELLO, SE FIRMA EL PRESENTE DIPLOMA EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C., REPÚBLICA DE COLOMBIA, EL DÍA 18 DE diciembre DE 2001.

RECTOR

DECANO

SECRETARIO GENERAL

Libro 02 Folio 32 Registro 4020
Bogotá, D.C., Día 17 Mes 12 Año 2001

42.

UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA
55 Años

ACTA DE GRADO No. 95

En Bogotá, D.C., República de Colombia, el día dieciocho (18) de diciembre del año dos mil uno (2001), se reunieron en el AULA MÚLTIPLE de la UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA, la Rectora, Doctora ALICIA MOYANO IREGUI, la Decana de la Facultad de CIENCIAS SOCIALES, Doctora LOLA ROSALÍA SAAVEDRA GUZMÁN, la Secretaria General de la Universidad, Doctora CARMEN ELIANA CARO NOCUA, con el fin de presidir la Ceremonia de Grado de:

LUZ NELLY PARDO REYES
C.C. 52,823,645 de Santafé de Bogotá D.C.

Quien terminó sus estudios y cumplió los requisitos exigidos por la Ley y los Reglamentos de la Universidad, para obtener el título de **"TRABAJADOR SOCIAL"**.

Resolución No. 828 de marzo 13 de 1996, del Ministerio de Educación Nacional y Acuerdo No. 024 de diciembre 14 de 1998, del CONSEJO SUPERIOR UNIVERSITARIO.

En desarrollo del programa previsto, la Rectora tomó el juramento de rigor e hizo entrega del correspondiente diploma a las graduandos.

(Fdo.) La Rectora, ALICIA MOYANO IREGUI
(Fdo.) La Decana de la Facultad, LOLA ROSALÍA SAAVEDRA GUZMÁN
(Fdo.) La Secretaria General, CARMEN ELIANA CARO NOCUA

Para constancia firma la presente acta,

LA SECRETARIA GENERAL,

CARMEN ELIANA CARO NOCUA

Registro Diploma 4020 Libro No. 2 – 18 de diciembre de 2001

Magda M.

Institución Educativa Departamental
Monseñor Agustín Gutiérrez
Fómeque - Cundinamarca
Creado por Ordenanza No. 062 de Diciembre 3 de 1996
Res. Aprob. Estudios No. 004348 de 2003
Res. Aprob. Educacion Formal de Adultos No. 009847 de 2005
ICFES: 008508 - ICFES ADULTOS: 126979 - DANE: 325279-000451 - INSCRIPCION: 390
Nit. 832.001.673 - 1

COPIA DEL ACTA GENERAL DE GRADUACIÓN No. 53

En la ciudad de Fómeque a los 30 días del mes de noviembre de 1996 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría de la Unidad Educativa "Agustín Gutiérrez", Institución aprobada hasta Nueva Visita en el Nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el título de Bachiller en la Modalidad Pedagógico según Resolución No. 2620 del 18 de marzo de 1986. Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el TITULO DE BACHILLER PEDAGÓGICO al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

Luz Nelly Pardo Reyes
C.C. No. 52823545 de Bogotá

Esta acta consta de 22 alumnos graduados, comienza con el nombre de ANDREA MILENA AGUDELO PARRADO y termina con el de DEISY YOHANA SABOGAL CASTRO. En constancia se firma la presente, por quienes intervinieron. en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 7o. del Decreto 180 de 1981.

Dada en Fómeque a los 30 días del mes de noviembre de 1996

Se expide en Fómeque a los 05 días del mes de marzo de 2020.

MANUEL DARIO SARAY MILLAN
RECTOR

MARTHA CECILIA MALDONADO R
SECRETARIA EJECUTIVA

CONSEJO NACIONAL DE
TRABAJO SOCIAL

El **Consejo Nacional de Trabajo Social (CNTS)** otorga el presente:

Certificado de Registro Profesional

A favor de

Luz Nelly Pardo Reyes

Identificado(a) con el número de registro profesional y documento de **identificación:**

N° 52823545

Quien ha cumplido con los requisitos establecidos en la Ley 53 de 1977 y el Decreto 2833 de 1981 para ejercer legalmente en la República de Colombia como profesional de:

Trabajo Social

Otorgado con base al título universitario expedido por:

UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA

Fecha de Grado:

Ene. 1, 2001

Autenticidad, Verificación y Vigencia

Inscripción expedida y aprobada por el CNTS mediante la Resolución No.

0183 - 31 de Enero de 2002 - Bogotá D.C.

El registro ante el CNTS como profesional no vence. Debe verificar antecedentes o la autenticidad de los datos, escanee el código QR o visite la web: cnts.gov.co/validarregistro con el NUIP o Número de Identificación.

Elaborado automáticamente por Ejerzo Legalmente
cnts.gov.co/ejerzo

CONSEJO NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL - NIT 800005991
Dir.: Calle 78 # 12 A 15, Barrio Espartillal - Localidad Chapinero
Bogotá, D. C. - Colombia
correogeneral@cnts.gov.co
(+57) 320 304 808 20 - (+57) 320 304 8933

CONSEJO NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

CERTIFICADO DE VIGENCIA Y ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS

EL CONSEJO NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

CERTIFICA:

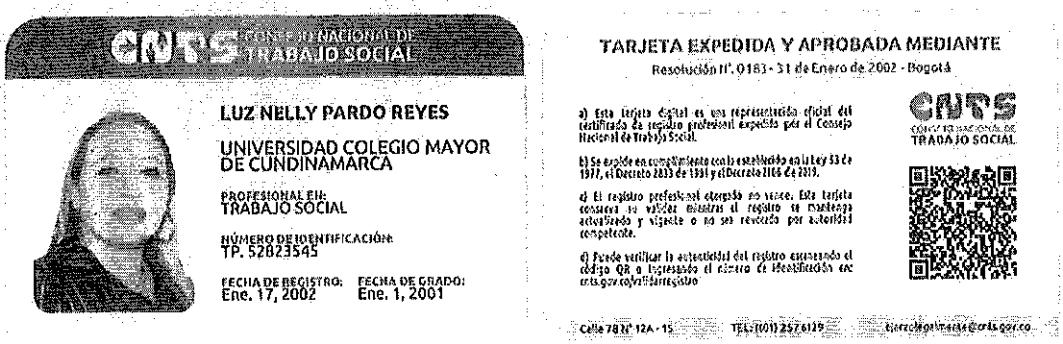
1. Que LUZ NELLY PARDO REYES identificada con cédula de ciudadanía número 52823545 de Bogotá, D.C., se encuentra inscrita como trabajadora social en este Consejo según el artículo sexto de la Ley 53 de 1977.
2. Que su registro profesional tiene el número 52823545 con código interno 087855212 y con fecha de inscripción 17 de Enero de 2002, resolución de inscripción 0183 del 31 de Enero de 2002.
3. Que el registro profesional está vigente.
4. Que revisados los archivos de los casos tratados por el Comité de ética, hasta la fecha, esta persona no ha sido sancionada por faltas contra la ética profesional.
5. Que este certificado tiene vigencia por seis (6) meses a partir de su expedición.

Bogotá D.C., 24 de Junio de 2026.

Elaborado por EjerzoLegalmente

Valide éste documento ingresando el código **x106FK** en el siguiente enlace.
https://ejerzo.consejonacionaldetrabajosocial.org.co/public/documentmanagement/validate

Este certificado se expide junto con una copia digital de:


CNTS CONSEJO NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

LUZ NELLY PARDO REYES

UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA

PROFESIONAL EN:
TRABAJO SOCIAL

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:
TP. 52823545

FECHA DE REGISTRO: Ene. 17, 2002

FECHA DE GRADO: Ene. 1, 2001

TARJETA EXPEDIDA Y APROBADA MEDIANTE
Resolución N°. 0183 - 31 de Enero de 2002 - Bogotá

a) Esta tarjeta digital es una representación oficial del certificado de registro profesional expedido por el Consejo Nacional de Trabajo Social.

b) Se expide en cumplimiento con lo establecido en la Ley 53 de 1977, el Decreto 2833 de 1991 y el Decreto 2106 de 2019.

c) El registro profesional otorgado no vence. Esta tarjeta conserva su validez mientras el registro se mantenga actualizado y vigente o no sea revocado por autoridad competente.

d) Puede verificar la autenticidad del registro ingresando el código QR o ingresando el número de identificación en cnts.gov.co/validarregistro

CNTS CONSEJO NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

Calle 78 # 12A - 15 TEL: (601) 257 6129 correogeneral@cnts.gov.co

IMPORTANTE:

El registro ante el **Consejo Nacional de Trabajo Social (CNTS)** como profesional no vence.

VERIFICACIÓN LEGAL:

Pasos

1. Escanear el código QR del certificado digital o visite la web: cnts.gov.co/validarregistro
2. Digitar el NUIP o Número de Identificación del Profesional.
3. Comparar la información entre la web y el certificado.

Para verificar:

- Autenticidad del certificado.
- Vigencia o estado de registro profesional.
- Antecedentes disciplinarios.

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

luz nelly pardo reyes

C.C 52.823.545

Participó y completó el curso virtual

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 24 de enero 2026

Francisco Camargo Salas
Director de Empleo Público

Código: 761598357000

#¡VALOR!

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

OFICINA DE PROMOCIÓN SOCIAL

DIRECTORIO NACIONAL DE CERTIFICADORES DE DISCAPACIDAD

Actualizado con corte a 31 de diciembre de 2025

Formulario de consulta individual

CONSULTE AQUÍ

Ingrese su número de documento de identidad **CC** **52823545**

NOMBRE	APELLIDO
LUZ	PARDO

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO / DISTRITO
CUNDINAMARCA	FOMEQUE

AÑO DE FORMACIÓN	2021

PROFESIÓN

TRABAJO SOCIAL

REGIONAL VALLE

EL CENTRO DE GESTION TECNOLÓGICA DE SERVICIOS

CERTIFICA

Que LUZ NELLY PARDO REYES identificado(a) con Cedula de Ciudadanía No 52823545 de Bogotá, realizó y aprobó el curso de CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD Y EL REGISTRO PARA LOCALIZACION Y CARACTERIZACION DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD con una intensidad horaria de Cuarenta y Ocho (48) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó
A: Aprobó

Se expide en Cali, a los veintidos (22) días del mes de julio de dos mil veintiuno (2021)

Firmado Digitalmente por

EDGAR ORLANDO HERRERA PRIETO
Subdirector CENTRO DE GESTION TECNOLÓGICA DE SERVICIOS
REGIONAL VALLE

SENA: Una Organización con Conocimiento

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9311002352303CC52823545B

Se expide en CALI a los 21 días del mes de JULIO de 2021.

EDGAR ORLANDO HERRERA PRIETO
SUBDIRECTOR (A)
CENTRO DE GESTION TECNOLÓGICA DE SERVICIOS

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud Ministerio de Salud y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

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

Hace Constar que:

Luz Nelly Pardo Reyes

CC 52823454 de Bogotá D.C.

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia - Resolución 3100 / 2019 y Sentencia C - 55 -2022 con un total de 80 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-01-03
Fecha de vencimiento: 2028-01-03

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

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

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud Ministerio de Salud y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

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

Hace Constar que:

Luz Nelly Pardo Reyes

CC 52823454 de Bogotá D.C.

Realizó y aprobó el Curso de Acompañamiento en Proceso de Duelo con Énfasis en Terapia Emocional
Resolución 3280 / 2018 y Resolución 2632 / 2024
con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-01-01
Fecha de vencimiento: 2028-01-01

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

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

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermeria
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Carné Digital de Vacunación

Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: b6bf0cc0051-427b-bf68-6009cbf0.bin

Nombres y apellidos / Full name

LUZ NELLY PARDO REYES

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

5 2 8 2 3 5 4 5

Fecha de nacimiento / Date of birth

29/07/1979

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

0000

Correo electrónico / e-mail

notiene@hotmail.com

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Edad	Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio	Número de Lote	IPS Vacunadora	Nombres y apellidos del vacunador
Año	Vaccine	Doses	Día / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratory	Vaccine Batch	Administering Center	Full name Vaccinator
12 meses	Fiebre amarilla	Única	9	1	2016		L50591	FOMEQUE ESE HOSPITAL SAN VICEN	
Sin rango de edad	TdaP Acelular Gestantes	Anual	20	8	2016		AC37B165AB	FOMEQUE ESE HOSPITAL SAN VICEN	
Sin rango de edad	INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	16	5	2020		V502220001	FOMEQUE ESE HOSPITAL SAN VICEN	flor alba fuentes villalobos
Sin rango de edad	COVID SinoVac	Primera	27	3	2021	Sinovac	L202103005	FOMEQUE ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	MARIA AURORA RUBIO LARA
Sin rango de edad	COVID SinoVac	Segunda	30	4	2021	Sinovac	K202103011	FOMEQUE ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	MARIA AURORA RUBIO LARA
Sin rango de edad	COVID PFIZER	Segundo Refuerzo	6	7	2022	PFIZER	PCA0070	FOMEQUE ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	MARIA AURORA RUBIO LARA
Sin rango de edad	INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	15	8	2024	Green Cross	V50524002	FOMEQUE ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	LUISA FERNANDA VILLALOBOS RINCON

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

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

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

The Ministeryof Health and Social Protection certifiesthat the informatión in this documentwas extractedfrom **PAIWEB**, accordingto the Wide Program ofInmunization - PAI (by its acronym in spanish: ProgramaAmpliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder ofthis document has received the doses of the vaccination schedu-le as it is described here.

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

REGIONAL VALLE

EL CENTRO DE GESTION TECNOLÓGICA DE SERVICIOS

CERTIFICA

Que LUZ NELLY PARDO REYES identificado(a) con la Cedula de Ciudadania No. 52823545 de BOGOTÁ se encuentra realizando el programa de COMPLEMENTARIA VIRTUAL EN CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD Y EL REGISTRO PARA LOCALIZACION Y CARACTERIZACION DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD y hasta el momento ha aprobado:

COMPETENCIAS	**EVAL**	**IH**
Promocionar acciones de salud de acuerdo con la normativa de salud pública	4,5	A

RESULTADOS DE APRENDIZAJE

1.RECONOCER EL PROCESO DE CERTIFICACIÓN Y REGISTRO DE DISCAPACIDAD SEGÚN FUNDAMENTOS NORMATIVOS INTERNACIONALES Y NACIONALES.

2. APROPIAR LAS BASES CONCEPTUALES Y PROCEDIMENTALES QUE SUSTENTAN EL PROCESO DE CERTIFICACIÓN Y REGISTRO DE DISCAPACIDAD TENIENDO EN CUENTA REFERENTES NACIONALES E INTERNACIONALES.

3. CUMPLIR CON LOS ASPECTOS TÉCNICOS DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN Y REGISTRO DE DISCAPACIDAD, A PARTIR DEL PROCEDIMIENTO DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA Y SUS INSTRUMENTOS FUNDAMENTADOS EN LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD CIF.

4. CONOCER EL MANEJO DEL APLICATIVO WEB DEL REGISTRO PARA LA LOCALIZACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD (RLCPD), SEGÚN LOS ESTÁNDARES ESTABLECIDOS.

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
certifica que:

LUZ NELLY PARDO REYES

C.C.52823545

participó en el curso virtual:

Manejo del Estrés en personal y en contextos asistenciales en salud

De julio a agosto de 2021
con una intensidad horaria de 15 horas
Bogotá

O D 5 R 3 E F y 7 E

CDEIS

Sara Marcela Valencia Cadavid
Coordinadora CDEIS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | SECRETARÍA DE SALUD | BOGOTÁ

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

Instituto de Estudios Sociales y Culturales PENSAR

certifica que:

Luz Nelly Pardo Reyes

Participó en el

DIPLOMADO EN GESTIÓN EDUCATIVA TERRITORIAL

Programa desarrollado con la Corporación SISMA-MUJER

Que se llevó a cabo entre el 13 de marzo y el 24 de agosto del año en curso,
con una intensidad total de 120 horas académicas.

En constancia se expide el presente Certificado de Asistencia y se refrenda con las respectivas firmas.

Bogotá D.C., agosto 24 de 2002

Guillermo Hoyos Vásquez
Director
Instituto Pensar

Pensar

Felipe Rojas Moncriff
Director
Diplomado en Gestión Educativa Territorial

Cecilia Barraza Morelli
Directora
Corporación SISMA-MUJER

SISMA mujer

CORPORACION CENTRO DE ESTUDIOS
EN CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y
DEL AMBIENTE EN SALUD
PERSONERIA JURIDICA 621/93
NIT. 800.223.665-7
CRA. 22 Nº 85-44 A.A. 246013 SANTAFE DE BOGOTA

EDUSALUD

APROBACION DEL CONSEJO NACIONAL
DEL RECURSO HUMANO EN SALUD SEGUN
ACUERDOS EJECUTIVOS
Nos. 4/93; 8 y 9/94 y 14/96.
RESOLUCIONES DE APROBACION
SECRETARIA DE EDUCACION, SANTAFE DE BOGOTA D.C.

ACTA # 63

Por lo cual se certifica al estudiante del curso : **AUXILIAR EN LABORATORIO CLINICO**; realizado desde el 7 de Julio al 19 de Diciembre de 1997. Con una intensidad de 940 horas académicas.

En la ciudad de Santa Fe de Bogotá siendo las 2:00 PM del día 19 de Diciembre de 1.997, se reunieron en **LA CORPORACION CENTRO DE ESTUDIOS EN CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y DEL AMBIENTE EN SALUD "EDUSALUD"**: El Dr. Jose Israel Roa Mendoza Coordinador Académico, Ingeniero Juan Pablo Roa Rector.

Para Certificar a la siguiente Alumna:

LUZ NELLY PARDO REYES identificada con Cédula de Ciudadanía No.52.823.545 de Bogotá.

Para constancia se firma en Santa Fe de Bogotá D.C. a los diez y nueve (19) días del mes de Diciembre de 1997.

JOSE ISRAEL ROA MENDOZA
COORDINADOR ACADEMICO

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

Instituto de Estudios Sociales y Culturales PENSAR

certifica que:

Luz Nelly Pardo Reyes

Participó en el

DIPLOMADO EN GESTIÓN EDUCATIVA TERRITORIAL

Programa desarrollado con la Corporación SISMA-MUJER

Que se llevó a cabo entre el 13 de marzo y el 24 de agosto del año en curso,
con una intensidad total de 120 horas académicas.
En constancia se expide el presente Certificado de Asistencia y se refrenda con las respectivas firmas.

Bogotá D.C., agosto 24 de 2002

Guillermo Hoyos Vasquez
Director
Instituto Pensar

Pensar

Felipe Rojas Moncriff
Director
Diplomado en Gestión Educativa Territorial

Cecilia Barraza Morelle
Directora
Corporación SISMA-MUJER

sisma mujer

REPÚBLICA DE COLOMBIA

POLITÉCNICO DE COLOMBIA

educación sin límites

Licencia de funcionamiento otorgada mediante resolución N°09734 de 2013 de la Secretaría de Educación de Medellín, Reg. Mercantil 53494202, NIT: 900547030-4

HACE CONSTAR QUE

LUZ NELLY PARDO REYES

Con Documento de Identidad No 52823545

CURSO Y APROBÓ EL

DIPLOMADO EN HUMANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

MEDELLIN -20 DE FEBRERO DE 2021 AL 26 DE MARZO DE 2021

Con una intensidad horaria de ciento veinte (120) horas

Registrado en el Libro de Actas No 0020210326

POLITÉCNICO DE COLOMBIA

FIRMA Y CÓDIGO DE SEGURIDAD 210326A-248347

www.politecnicodecolombia.edu.co

La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante la solicitud al correo asistentevirtual@politecnicodecolombia.edu.co, indicando el N° del libro de actas con el cual se registra el mismo

Warning: IllegalMediaType



icontec

certifica que:

Luz Nelly Pardo Reyes

C.C. 52.823.545

Asistió al Diplomado

SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN PARA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

Con una intensidad de 112 horas

El contenido del programa comprendió:

- Generalidades de Acreditación y Gestión por Procesos
- Estándares de Direccionamiento y Gerencia
- Gerencia del Talento Humano
- Ambiente Físico y Gestión de la Tecnología
- Estándares de Proceso de Atención al Cliente Asistencial
- Gerencia de la Información
- Autoevaluación y Calificación de Estándares

Fómeque (Colombia), 20 de noviembre de 2019

Claudia Pérez Santos
Directora Regional Centro

ESE Hospital San Vicente de Paúl de Fómeque

NIT 800174375-5

Hace constar que:

LUZ NELLY PARDO REYES

C.C 52823545

Asistió al curso de:

Inducción -reinducción Estratégica MIPG-Generalidades

NABUCODONOSOR CAMPOS LINDARTE

Gerente

Expedido en Fómeque Cundinamarca el 17 June, 2022

Made for free with Certify'em

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

LUZ NELLY PARDO REYES

Con Cedula de Ciudadania No. 52823545

Cursó y aprobó la acción de Formación

CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD Y EL REGISTRO PARA LOCALIZACION Y CARACTERIZACION DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

con una duración de 48 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Cali, a los veintidos (22) días del mes de julio de dos mil veintiuno (2021)

Firmado Digitalmente por

EDGAR ORLANDO HERRERA PRIETO
Subdirector
CENTRO DE GESTION TECNOLÓGICA DE SERVICIOS
REGIONAL VALLE

76257748 - 22/07/2021
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web https://certificados.sena.edu.co, bajo el número 931100235239ICC52823545C.

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
certifica que:

LUZ NELLY PARDO REYES

C.C.52823545

participó en el curso virtual:

Manejo del Estrés en personal y en contextos asistenciales en salud

De julio a agosto de 2021
con una intensidad horaria de 15 horas
Bogotá

O D 5 R 3 E F y 7 E

CDEIS

Sara Marcela Valencia Cadavid
Coordinadora CDEIS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | SECRETARÍA DE SALUD | BOGOTÁ

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

Instituto de Estudios Sociales y Culturales PENSAR

certifica que:

Luz Nelly Pardo Reyes

Participó en el

DIPLOMADO EN GESTIÓN EDUCATIVA TERRITORIAL

Programa desarrollado con la Corporación SISMA-MUJER

Que se llevó a cabo entre el 13 de marzo y el 24 de agosto del año en curso,
con una intensidad total de 120 horas académicas.

En constancia se expide el presente Certificado de Asistencia y se refrenda con las respectivas firmas.

Bogotá D.C., agosto 24 de 2002

Guillermo Hoyos Vasquez
Director
Instituto Pensar

Pensar

Felipe Rojas Moncriff
Director
Diplomado en Gestión Educativa Territorial

Cecilia Barraza Morelli
Directora
Corporación SISMA-MUJER

sisma mujer

141

CORPORACION CENTRO DE ESTUDIOS
EN CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y
DEL AMBIENTE EN SALUD
PERSONERIA JURIDICA 621/93
NIT. 800.223.665-7
CRA. 22 Nº 35-44 A.A. 246013 SANTAFE DE BOGOTA

EDUSALUD

APROBACION DEL CONSEJO NACIONAL
DEL RECURSO HUMANO EN SALUD SEGUN
ACUERDOS EJECUTIVOS
Nos. 4/93; 8 y 9/94 y 14/96.
RESOLUCIONES DE APROBACION
SECRETARIA DE EDUCACION, SANTAFE DE BOGOTA D.C.

ACTA # 63

Por lo cual se certifica al estudiante del curso : **AUXILIAR EN LABORATORIO CLINICO**; realizado desde el 7 de Julio al 19 de Diciembre de 1997. Con una intensidad de 940 horas académicas.

En la ciudad de Santa Fe de Bogotá siendo las 2:00 PM del día 19 de Diciembre de 1.997, se reunieron en **LA CORPORACION CENTRO DE ESTUDIOS EN CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y DEL AMBIENTE EN SALUD "EDUSALUD"**: El Dr. Jose Israel Roa Mendoza Coordinador Académico, Ingeniero Juan Pablo Roa Rector.

Para Certificar a la siguiente Alumna:

LUZ NELLY PARDO REYES identificada con Cédula de Ciudadanía No.52.823.545 de Bogotá.

Para constancia se firma en Santa Fe de Bogotá D.C. a los diez y nueve (19) días del mes de Diciembre de 1997.

JOSE ISRAEL ROA MENDOZA
COORDINADOR ACADEMICO

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

Instituto de Estudios Sociales y Culturales PENSAR

certifica que:

Luz Nelly Pardo Reyes

Participó en el

DIPLOMADO EN GESTIÓN EDUCATIVA TERRITORIAL

Programa desarrollado con la Corporación SISMA-MUJER

Que se llevó a cabo entre el 13 de marzo y el 24 de agosto del año en curso,
con una intensidad total de 120 horas académicas.
En constancia se expide el presente Certificado de Asistencia y se refrenda con las respectivas firmas.

Bogotá D.C., agosto 24 de 2002

Guillermo Hoyos Vásquez
Director
Instituto Pensar

Pensar

Felipe Rojas Moncriff
Director
Diplomado en Gestión Educativa Territorial

Cecilia Barraza Morelle
Directora
Corporación SISMA-MUJER

sisma
mujer

REPÚBLICA DE COLOMBIA

POLITÉCNICO DE COLOMBIA

educación sin límites

Licencia de funcionamiento otorgada mediante resolución N°09734 de 2013 de la Secretaría de Educación de Medellín, Reg. Mercantil 53494202, NIT: 900547030-4

HACE CONSTAR QUE:

LUZ NELLY PARDO REYES

Con Documento de Identidad No 52823545

CURSÓ Y APROBÓ EL

DIPLOMADO EN HUMANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

MEDELLIN - 20 DE FEBRERO DE 2021 AL 26 DE MARZO DE 2021

Con una intensidad horaria de ciento veinte (120) horas

Registrado en el Libro de Actas No 0020210326

POLITÉCNICO DE COLOMBIA

FIRMA Y CÓDIGO DE SEGURIDAD 210326A-248347

www.politecnicodecolombia.edu.co

La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante la solicitud al correo asistentevirtual@politecnicodecolombia.edu.co, indicando el N° del libro de actas con el cual se registra el mismo

Warning: ILegalMediaType



icontec

certifica que:

Luz Nelly Pardo Reyes

C.C. 52.823.545

Asistió al Diplomado

SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN PARA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

Con una intensidad de 112 horas

El contenido del programa comprendió:

- Generalidades de Acreditación y Gestión por Procesos
- Estándares de Direccionamiento y Gerencia
- Gerencia del Talento Humano
- Ambiente Físico y Gestión de la Tecnología
- Estándares de Proceso de Atención al Cliente Asistencial
- Gerencia de la Información
- Autoevaluación y Calificación de Estándares

Fómeque (Colombia), 20 de noviembre de 2019

Claudia Pérez Santos
Directora Regional Centro

ESE Hospital San Vicente de Paúl de Fómeque

NIT 800174375-5

Hace constar que:

LUZ NELLY PARDO REYES

C.C 52823545

Asistió al curso de:

Inducción -reinducción Estratégica IAMI-Generalidades

NABUCODONOSOR CAMPOS LINDARTE

Gerente

Expedido en Fómeque Cundinamarca el 17 June, 2022

Made for free with Certify'em

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

LUZ NELLY PARDO REYES

Con Cedula de Ciudadania No. 52823545

Cursó y aprobó la acción de Formación

CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD Y EL REGISTRO PARA LOCALIZACION Y CARACTERIZACION DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

con una duración de 48 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Cali, a los veintidos (22) dias del mes de julio de dos mil veintiuno (2021)

Firmado Digitalmente por

EDGAR ORLANDO HERRERA PRIETO
Subdirector
CENTRO DE GESTION TECNOLÓGICA DE SERVICIOS
REGIONAL VALLE

76257748 - 22/07/2021
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 931100235239 3CC52823545C.

NIT 800.174.375-5

EL ASESOR JURÍDICO DE LA ESE
HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FÓMEQUE DE CUNDINAMARCA

CERTIFICA:

*La **ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FÓMEQUE**, es un establecimiento público del nivel Departamental, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa de acuerdo con el artículo 194 de la Ley 100 de 1993.*

***El artículo 2.5.3.8.4.3.2., del decreto 780 de 2016**, establece que "el Régimen jurídico de los contratos, de una Empresa Social del Estado, se aplicará con sujeción a las normas del Derecho Privado, sujetándose a la jurisdicción ordinaria conforme a las normas sobre la materia. Sin embargo, de conformidad con lo establecido en el numeral 6° del artículo 195 de la Ley 100 de 1993. Las Empresas Sociales del Estado podrán discrecionalmente utilizar las cláusulas exorbitantes previstas en el estatuto general de contratación de la administración pública"*

El Contrato de Prestación de Servicios del Talento Humano en salud es defino por:

- *El Decreto Ley 2400 de 1968, Art. 2 (modificado por el art. 1 del Decreto Nacional 3074 de 1968): Para el ejercicio de funciones de carácter permanente se crearán los empleos correspondientes, y en ningún caso, podrán celebrarse contratos de prestación de servicios para el desempeño de tales funciones.*
- *El art. 32 de la Ley 80 de 1993, dispone que las entidades estatales podrán celebrar contratos de prestación de servicios para desarrollar actividades relacionadas con la administración o funcionamiento de la entidad, siempre que NO PUEDAN REALIZARSE CON PERSONAL DE PLANTA o requiera de conocimientos especializados.*
- *La sentencia C-614 de 2019 estudió el alcance del Decreto 2400 de 1968, concluyendo que "El contrato de prestación de servicios es una modalidad de vinculación con el estado DE TIPO EXCEPCIONAL que se justifica constitucionalmente si es concebida como un instrumento para atender funciones OCASIONALES que son aquellas que no hacen parte del "GIRO ORDINARIO" de las labores encomendadas a la entidad o que, siendo parte de ellas, no pueden ejecutarse con empleados de planta o requieren de conocimientos especializados; vinculación que en ningún caso debe llevar subordinación.*

*Que revisados los archivos del área de contratación de la **ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FÓMEQUE**, la señora **LUZ NELLY PARDO REYES**, identificada con la cédula de ciudadanía **N° 52.823.545** de **Bogotá**, presta sus servicios en la institución mediante los siguientes contratos de prestación de servicio:*

TIPO DE VINCULACIÓN	OBJETO	DESDE	HASTA	VALOR TOTAL
ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 014	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE TRABAJO SOCIAL Y COORDINADORA DE PYP	03 DE ENERO DE 2014	31 DE ENERO DE 2014	$2.400.000
ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 069	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE TRABAJO SOCIAL Y COORDINADORA DE PYP	02 DE FEBRERO DE 2014	31 DE JULIO DE 2014	$14.400.000
ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 098	ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	01 DE MAYO DE 2014	31 DE JULIO DE 2014	$7.469.998

Fómeque– Cundinamarca, Calle 4 No. 5 – 00
Email: hfomeque@yahoo.com; hfomeque@cundinamarca.gov.co
Teléfono: 2411420 – 2411421 – 2411422

NIT 800.174.375-5

ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 125	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL	01 DE AGOSTO DE 2014	31 DE DICIEMBRE DE 2014	$13.000.000
ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 007	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL	01 DE ENERO DE 2015	31 DE DICIEMBRE DE 2015	$33.600.000
ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 003	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL	01 DE ENERO DE 2016	29 DE FEBRERO DE 2016	$5.600.000
ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 061	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL	01 DE MARZO DE 2016	30 DE NOVIEMBRE DE 2016	$26.400.000
ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 163	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL	02 DE DICIEMBRE DE 2016	31 DE DICIEMBRE DE 2016	$3.300.000
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 019	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL	02 DE ENERO DE 2017	31 DE MAYO DE 2017	$13.500.000
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 130	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL	01 DE JUNIO DE 2017	31 DE JULIO DE 2017	$6.600.000
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 246	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL	01 DE AGOSTO DE 2017	31 DE AGOSTO DE 2017	$3.300.000
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 372	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL	01 DE SEPTIEMBRE DE 2017	30 DE SEPTIEMBRE DE 2017	$3.300.000
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 495	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL	01 DE OCTUBRE DE 2017	31 DE OCTUBRE DE 2017	$3.300.000
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 608	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL	09 DE NOVIEMBRE DE 2017	08 DE DICIEMBRE DE 2017	$4.180.000
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 762	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL	09 DE DICIEMBRE DE 2017	31 DE DICIEMBRE DE 2017	$2.420.000

Fómeque– Cundinamarca, Calle 4 No. 5 – 00
Email: hfomeque@yahoo.com; hfomeque@cundinamarca.gov.co
Teléfono: 2411420 – 2411421 – 2411422

NIT 800.174.375-5

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 135	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL	02 DE ENERO DE 2018	30 DE SEPTIEMBRE DE 2018	$20.700.000
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 226	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO PROFESIONAL COORDINADORA EN EL MARCO DEL PLAN DE INVERSIONES COLECTIVAS DE LOS MUNICIPIOS DE FÓMEQUE - CHOACHÍ - UBAQUE	21 DE ABRIL DE 2018	20 DE DICIEMBRE DE 2018	$9.000.000
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 396	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES EN TRABAJO SOCIAL	01 DE OCTUBRE DE 2018	31 DE DICIEMBRE DE 2018	$6.900.000
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 130	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES EN TRABAJO SOCIAL	02 DE ENERO DE 2019	30 DE SEPTIEMBRE DE 2019	$22.050.000
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 241	PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN CONSULTORIO EN PLANEACIÓN	01 DE ABRIL DE 2019	31 DE DICIEMBRE DE 2019	$9.000.000
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 242	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE COORDINACIÓN EN EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES PIC MUNICIPIOS UBAQUE Y FOMEQUE	01 DE ABRIL DE 2019	30 DE ABRIL DE 2019	$2.300.000
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 263	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE COORDINACION EN EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES PIC MUNICIPIOS UBAQUE, FOMEQUE Y CHOACHI	02 DE MAYO DE 2019	31 DE MAYO DE 2019	$2.300.000
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N°300	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE COORDINACIÓN EN EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES PIC MUNICIPIOS UBAQUE, FÓMEQUE Y CHOACHÍ	01 DE JUNIO DE 2019	31 DE DICIEMBRE DE 2019	$16.100.000
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N°325	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO ASISTENCIAL PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE TRABAJO SOCIAL	02 DE JULIO DE 2019	30 DE SEPTIEMBRE DE 2019	$9.350.000
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N°405	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO ASISTENCIA, PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE TRABAJO SOCIAL	01 DE OCTUBRE DE 2019	31 DE OCTUBRE DE 2019	$3.450.000

Fómeque– Cundinamarca, Calle 4 No. 5 – 00
Email: hfomeque@yahoo.com; hfomeque@cundinamarca.gov.co
Teléfono: 2411420 – 2411421 – 2411422

NIT 800.174.375-5

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N°481	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO ASISTENCIA, PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE TRABAJO	01 DE NOVIEMBRE DE 2019	30 DE NOVIEMBRE DE 2019	$3.450.000
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N°538	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO ASISTENCIA, PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE TRABAJO SOCIAL	05 DE DICIEMBRE DE 2019	31 DE DICIEMBRE DE 2019	$3.450.000
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N°072	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO ASISTENCIA, PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE TRABAJO SOCIAL	02 DE ENERO DE 2020	31 DE DICIEMBRE D DE 2020	$42.600.000
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N°203	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE COORDINACION EN EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES PIC MUNICIPIOS UBAQUE, FÓMEQUE Y CHOACHI	05 DE MARZO DE 2020	30 DE JUNIO DE 2020	$11.200.000
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N°269	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO ASISTENCIAL PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE TRABAJO SOCIAL	01 DE JUNIO DE 2020	31 DE JULIO DE 2020	$6.400.000
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N°479	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO ASISTENCIAL PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE TRABAJO SOCIAL	01 DE AGOSTO DE 2020	31 DE AGOSTO DE 2020	$3.200.000
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N°540	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO ASISTENCIAL PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE TRABAJO SOCIAL	01 DE SEPTIEMBRE DE 2020	30 DE NOVIEMBRE DE 2020	$10.200.000
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N°768	REALIZAR EL APOYO COMO PROFESIONAL EN EPIDEMIOLOGIA EN LAS ACCION DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA QUE EVITA LA PROPAGACION DEL COVID-19 A TRAVES DEL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA NACIONAL DE PRUEBAS, RASTREO Y AISLAMIENTO SELECTIVO SOSTENIBLE "PRASS", PARA DISMINUIR LA VELOCIDAD DE TRANSMISIÓN Y LA PROPAGACIÓN DEL VIRUS EN EL MUNICIPIO DEL DEPARTAMENTO A PARTIR DE LA	05 DE DICIEMBRE DE 2020	30 DE DICIEMBRE DE 2020	$9.236.129

Fómeque– Cundinamarca; Calle 4 No. 5 – 00
Email: hfomeque@yahoo.com; hfómeque@cundinamarca.gov.co
Teléfono: 2411420 – 2411421 – 2411422

NIT 800.174.375-5

	NUEVA FASE DE AISLAMIENTO SELECTIVO ORDENADA POR EL GOBIERNO NACIONAL			
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N°811	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO ASISTENCIAL PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE TRABAJO SOCIAL	28 DE DICIEMBRE DE 2020	31 DE DICIEMBRE DE 2020	$3.500.000
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N°105	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO ASISTENCIA, PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE TRABAJO SOCIAL	02 DE ENERO DE 2021	15 DE MAYO DE 2021	$15.750.000
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N°349	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE COORDINACIÓN EN EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES PIC MUNICIPIO UBAQUE, FÓMEQUE Y CHOACHÍ	01 DE ABRIL DE 2021	31 DE JULIO DE 2021	$9.600.000
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N°476	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO ASISTENCIA, PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE TRABAJO SOCIAL	16 DE MAYO DE 2021	31 DE JULIO DE 2021	$8.750.000
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 625	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE COORDINACIÓN EN EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES PIC MUNICIPIO UBAQUE, FÓMEQUE Y CHOACHÍ	1 DE AGOSTO DE 2021	15 DE DICIEMBRE DE 2021	$ 10,800,000
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 650	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO ASISTENCIA, PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE TRABAJO SOCIAL	1 DE AGOSTO DE 2021	30 DE SEPTIEMBRE DE 2021	$ 7,000,000
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 1175	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO ASISTENCIAL, PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE TRABAJO SOCIAL	30 DE NOVIEMBRE DE 2021	9 DE DICIEMBRE DE 2021	$ 3,500,000
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 1320	PRESTACION DE SERVICIOS DE TRABAJO SOCIAL COMO INTEGRANTE DEL EQUIPO MULTIDICIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD EN VIRTUD DEL ARTICULO QUINTO DE LA RESOLUCION 123 DE 2020	1 DE DICIEMBRE DE 2021	14 DE DICIEMBRE DE 2021	$ 4,025,000

Fómeque– Cundinamarca, Calle 4 No. 5 – 00
Email: hfomeque@yahoo.com; hfomeque@cundinamarca.gov.co
Teléfono: 2411420 – 2411421 – 2411422

NIT 800.174.375-5

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 1368	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE COORDINACION EN EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES PIC MUNICIPIO UBAQUE, FOMEQUE Y CHOACHI	16 DE DICIEMBRE DE 2021	28 DE DICIEMBRE DE 2021	$ 2,700,000
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 1470	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO ASISTENCIAL, PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE TRABAJO SOCIAL	23 DE DICIEMBRE DE 2021	31 DE DICIEMBRE DE 2021	$ 3.500.000
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 062	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO ASISTENCIAL, PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE TRABAJO SOCIAL	1 DE ENERO DE 2022	31 DE JULIO DE 2022	$ 25,235,000
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 370	PRESTACION DE SERVICIOS DE COORDINACION EN EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES PIC MUNICIPIO UBAQUE FOMEQUE Y CHOACHI	19 DE MARZO DE 2022	31 DE MAYO DE 2022	$ 6,674,400
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 506	PRESTACION DE SERVICIOS DE COORDINACION EN EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES PIC MUNICIPIOS UBAQUE FOMEQUE Y CHOACHI	1 DE JUNIO DE 2022	31 DE AGOSTO DE 2022	$ 8,343,000
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 748	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO ASISTENCIAL, PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE TRABAJO SOCIAL	1 DE AGOSTO DE 2022	31 DE AGOSTO DE 2022	$ 3,126,050
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 804	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL, COMO INTEGRANTE DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD, EN VIRTUD AL ARTICULO 5 DE LA RESOLUCION 1239 DEL 2022.	8 DE AGOSTO DE 2022	15 DE OCTUBRE DE 2022	$ 2,500,000
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 841	PRESTACION DE SERVICIOS DE COORDINACION EN EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES PIC MUNICIPIOS UBAQUE FOMEQUE Y CHOACHI	1 DE SEPTIEMBRE DE 2022	30 DE SEPTIEMBRE DE 2022	$ 2,781,000
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 871	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO ASISTENCIAL, PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE TRABAJO SOCIAL	2 DE SEPTIEMBRE DE 2022	30 DE SEPTIEMBRE DE 2022	$ 3,605,000

Fómeque– Cundinamarca, Calle 4 No. 5 – 00
Email: hfomeque@yahoo.com; hfomeque@cundinamarca.gov.co
Teléfono: 2411420 – 2411421 – 2411422

NIT 800.174.375-5

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 1040	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO ASISTENCIAL, PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE TRABAJO SOCIAL	1 DE OCTUBRE DE 2022	15 DE OCTUBRE DE 2022	$ 841,167
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 1078	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE COORDINACION EN EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES PIC MUNICIPIO UBAQUE, FOMEQUE Y CHOACHI	1 DE OCTUBRE DE 2022	31 DE OCTUBRE DE 2022	$ 2,781,000
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 1200	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO ASISTENCIAL, PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE TRABAJO SOCIAL	23 DE OCTUBRE DE 2022	31 DE OCTUBRE DE 2022	$ 1,802,500
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 1383	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO ASISTENCIAL, PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE TRABAJO SOCIAL	2 DE NOVIEMBRE DE 2022	15 DE NOVIEMBRE DE 2022	$ 1,802,500
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 1426	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE COORDINACION EN EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES PIC MUNICIPIO UBAQUE, FOMEQUE Y CHOACHI	2 DE NOVIEMBRE DE 2022	15 DE DICIEMBRE DE 2022	$ 2,781,000
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 1481	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE TRABAJO SOCIAL	16 DE NOVIEMBRE DE 2022	30 DE NOVIEMBRE DE 2022	$ 1,802,500
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 1504	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL, COMO INTEGRANTE DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD, EN VIRTUD AL ARTICULO 5 DE LA RESOLUCION 1239 DEL 2022.	19 DE DICIEMBRE DE 2022	31 DE DICIEMBRE DE 2022	$ 3,522,485
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 1641	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE TRABAJO SOCIAL	23 DE DICIEMBRE DE 2022	31 DE DICIEMBRE DE 2022	$ 5,407,500
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 083	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO ASISTENCIAL, PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE TRABAJO SOCIAL	1 DE ENERO DE 2023	30 DE JUNIO DE 2023	$22,278,900

Fómeque– Cundinamarca, Calle 4 No. 5 – 00
Email: hfomeque@yahoo.com; hfomeque@cundinamarca.gov.co
Teléfono: 2411420 – 2411421 – 2411422

NIT 800.174.375-5

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 261	PRESTACION DE SERVICIOS DE COORDINACION EN EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES PIC MUNICIPIO UBAQUE FOMEQUE Y CHOACHI	17 DE MARZO DE 2023	16 DE DICIEMBRE DE 2023	$18,000,000
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 316	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL, COMO INTEGRANTE DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD, EN VIRTUD AL ARTICULO 5 DE LA RESOLUCION 1239 DEL 2022	2 DE MAYO DE 2023	10 DE JULIO DE 2023	$3,511,738
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 504	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO ASISTENCIAL, PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE TRABAJO SOCIAL	1 DE JULIO DE 2023	31 DE JULIO DE 2023	$3,838,000
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 705	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO ASISTENCIAL, PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE TRABAJO SOCIAL	1 DE AGOSTO DE 2023	31 DE AGOSTO DE 2023	$3,838,000
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 835	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO ASISTENCIAL, PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE TRABAJO SOCIAL	1 DE SEPTIEMBRE DE 2023	20 DE DICIEMBRE DE 2023	$11,514,000
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 1160	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO ASISTENCIAL, PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE TRABAJO SOCIAL	21 DE DICIEMBRE DE 2023	30 DE DICIEMBRE DE 2023	$3,838,000
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 085	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO ASISTENCIAL, PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE TRABAJO SOCIAL	01 DE ENERO DE 2024	31 DE MAYO DE 2024	$21.109.000
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 266	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE COORDINACION EN EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES PIC MUNICIPIO UBAQUE, FOMEQUE Y CHOACHI	20 DE MARZO DE 2024	19 DE AGOSTO DE 2024	$10.000.000
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 434	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO ASISTENCIAL, PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE TRABAJO	01 DE JUNIO DE 2024	31 DE JULIO DE 2024	$7.211.998

Fómeque– Cundinamarca, Calle 4 No. 5 – 00
Email: hfomeque@yahoo.com; hfomeque@cundinamarca.gov.co
Teléfono: 2411420 – 2411421 – 2411422

NIT 800.174.375-5

	SOCIAL ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE			
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 622	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO ASISTENCIAL, PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE TRABAJO SOCIAL ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE	03 DE SEPTIEMBRE DE 2024	02 DE OCTUBRE DE 2024	$3.605.999
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 738	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO ASISTENCIAL, PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE TRABAJO SOCIAL ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE	03 DE OCTUBRE DE 2024	02 DE NOVIEMBRE DE 2024	$3.605.999
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 812	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE TRABAJO SOCIAL (FÓMEQUE) Y COORDINACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE CONCURRENCIA DEPARTAMENTAL, PIC MUNICIPAL , APS, Y PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN (FÓMEQUE) EN LA ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE	01 DE NOVIEMBRE DE 2024	30 DE NOVIEMBRE DE 2024	$5.000.000
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 942	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE TRABAJO SOCIAL (FÓMEQUE) Y COORDINACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE CONCURRENCIA DEPARTAMENTAL, PIC MUNICIPAL , APS, Y PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN (FÓMEQUE) EN LA ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE	05 DE DICIEMBRE DE 2024	31 DE DICIEMBRE DE 2024	$5.000.000
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 090	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO A LA GESTION PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE TRABAJO SOCIAL (FOMEQUE) Y ARTICULACION DE LOS PROGRAMAS DE CONCURRENCIA DEPARTAMENTAL, PIC MUNICIPAL,	02 DE ENERO DE 2025	31 DE ENERO DE 2025	$4.270.000

Fómeque– Cundinamarca, Calle 4 No. 5 – 00
Email: hfomeque@yahoo.com; hfomeque@cundinamarca.gov.co
Teléfono: 2411420 – 2411421 – 2411422

	APS, Y PROMOCIÓN Y PREVENCION (FOMEQUE) EN LA ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE			
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 276	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO A LA GESTION PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE TRABAJO SOCIAL (FOMEQUE) Y ARTICULACION DE LOS PROGRAMAS DE CONCURRENCIA DEPARTAMENTAL, PIC MUNICIPAL ; APS, Y PROMOCIÓN Y PREVENCION (FOMEQUE) EN LA ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE	01 DE FEBRERO DE 2025	30 DE JUNIO DE 2025	$21.626.390

ACTIVIDADES ESPECIFICAS:

1. Dar cumplimiento al plan de acción asignado para su unidad de trabajo.
2. Apoyar la administración, gestión y sistema de información del programa ampliado de inmunizaciones PAI del hospital.
3. Direccionar y supervisar la disponibilidad de horarios del personal médico, de enfermería, administrativo y de transporte asistencial.
4. Desarrollar las actividades asistenciales propias de su perfil profesional en los servicios de consulta externa (ámbito extramural e intramural), consulta prioritaria, hospitalización, urgencias y quirúrgicas según necesidad de rotación, y acorde a los procedimientos establecidos para cada uno.
5. Dirigir el proceso de remisión y traslado de pacientes de manera articulada con el personal del área de referencia con el fin de garantizar traslados oportunos, seguros y efectivos, incluyendo la entrega de turno del transporte asistencial básico.
6. Realizar actividades de capacitación continua en el personal a su cargo.
7. Realizar solicitud y control de los insumos y medicamentos de carro de paro, ambulancia y servicios, según utilización y rotación a través de los procesos específicos determinados para cada área.
8. Realización de consulta de promoción y prevención: diferentes valoraciones correspondientes rutas de atención integral en salud-RIAS (ciclos de vida y programas)
9. Apoyar técnica y logísticamente las jornadas de salud para los diferentes programas (Club de crónicos y de gestantes – Enfermedad Renal Crónica), en los ámbitos intra y extramurales.
10. Brindar el curso de preparación para la maternidad y paternidad responsable
11. Práctica, Lectura y entrega de resultados de citologías Cervicouterinas, seguimientos a usuarias que requieran tratamiento.
12. Realizar vigilancia epidemiológica de todas aquellas situaciones que sean factor de riesgo para la población y visitar los casos confirmados para seguimiento.
13. Apoyar las actividades concernientes a los lineamientos técnicos y operativos del Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis – PNPCT, en virtud a la Resolución 227/2020.
14. Coadyuvar y supervisar el cumplimiento del Plan de Acción para la vigencia actual del Programa IAMII – Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia con Enfoque Integral.
15. Apoyar la documentación de procesos prioritarios a solicitud del área de calidad con el respectivo despliegue y medición de adherencia al personal implicado.
16. Adherirse a los protocolos y procedimientos asistenciales, manual de bioseguridad, así como a la política institucional de seguridad del paciente y las prácticas seguras adoptadas por la institución, y de igual manera promover el cumplimiento estos por parte del personal a su cargo.
17. Realizar reportes de estadísticas e indicadores y la consolidación de las actividades ejecutadas para la prestación de informes a los entes de control y EAPB; cuando se requiera en la ejecución de las obligaciones contractuales, para la producción mensual del servicio y soportes del Plan de Acciones y Operativo en Salud.
18. Asistir a las capacitaciones, comités y reuniones convocadas por las diferentes áreas.

Fómeque – Cundinamarca, Calle 4 No. 5 – 00
Email: hfomeque@yahoo.com; hfomeque@cundinamarca.gov.co
Teléfono: 2411420 – 2411421 – 2411422

NIT 800.174.375-5

19. Adherirse a las políticas institucionales, a la estrategia de mejora continua y planes de auditoria implementados en la institución y promover la adherencia y cumplimiento de los mismos por parte del personal a su cargo.
20. Participación en las actividades de formación continua, programada por la ESE, incluyendo el diligenciamiento de formularios pretest y post test y de más registros en la gestión de guías de práctica clínica.
21. Dar cumplimiento a las actividades planteadas en POA – Plan Operativo Anual institucional para la vigencia actual, presentando los soportes respectivos al área de Calidad y Planeación dentro de los primeros veinte días de los meses de enero – abril – julio – octubre terminando cada trimestre.
22. Realizar el cuadro de turnos de auxiliares de enfermería Centro de Salud de Ubaque.
23. Realizar pedidos de insumos de los servicios del Centro de Salud de Ubaque para garantizar el adecuado funcionamiento.
24. Realizar la respectiva inducción al cargo a auxiliares de enfermería y enfermeras (os)
25. Vigilar la conservación y uso adecuados de la capacidad instalada de los servicios.
26. Verificar y promover el diligenciamiento completo y oportuno por parte de las auxiliares de enfermería, de los anexos como notas de enfermería, registro de medicamento, oxigeno medicinal, hoja neurológica y demás datos relevantes señalando fecha y hora de la actividad.
27. Aplicar a cabalidad lo establecido en la Resolución 1995 de 1999 y las otras que la sustituyan o deroguen que reglamenta la calidad del contenido en el diligenciamiento en Historia Clínica y sus anexos.
28. Realizar el cierre oportuno del 100 % de las historias clínicas de las atenciones realizadas en el mes.
29. Organización y acompañamiento en las diferentes auditorías de la ESE y entidades externas
30. Reportar novedades, del personal de enfermería como incapacidades, vacaciones, calamidades.
31. Reportar novedades como daño de equipos, infraestructura, mantenimientos que se requieran para continuar con el buen funcionamiento y atención al usuario.
32. Participación en las actividades de formación continua, programada por la ESE, incluyendo el diligenciamiento de formularios pretest y post test y de más registros en la gestión de guías de práctica clínica y otros procedimientos y protocolos.
33. Realizar cursos y garantizar la vigencia de los siguientes cursos:
34. MIPG de la función pública
35. Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción, Curso de atención integral a víctimas de violencia sexual
36. Curso de atención integral a víctimas de ataques con agentes químicos
37. Curso vigente para el manejo de desfibriladores externos automáticos DEA
38. Curso estrategia IAMMI39.
39. Curso toma de citología 39. Curso consejería de lactancia maternal
40. Curso de anticoncepción y planificación familiar/derechos sexuales y reproductivos
41. Cumplir con los requisitos del plan estratégico de seguridad vial de la E.S.E conforme a lo estipulado, en la Resolución 20223040040595 de 2022 del Ministerio de Transporte y demás normatividad vigente, en caso de tener medio transporte propio, para sus desplazamientos en cumplimiento de su objeto contractual, el cual lo hace de manera independiente y bajo su total responsabilidad y obligación.
42. Ejercer las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor inmediato

Se expide a solicitud del interesado, de acuerdo a los documentos que reposan en la E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE FÓMEQUE, a los once (11) días del mes de septiembre de 2025.

DR. GILDARDO ANTONIO ARISTIZABAL ZULUAGA
ASESOR JURIDICO

Proyectó: Yudi Mancera – Auxiliar área de Contratación
Aprobó: Gildardo Antonio Aristizabal Zuluaga – Asesor de la Gerencia

Fómeque– Cundinamarca, Calle 4 No. 5 – 00
Email: hfomeque@yahoo.com; hfomeque@cundinamarca.gov.co
Teléfono: 2411420 – 2411421 – 2411422

Dr. YESID GUSTAVO BRAVO COTRINO
Médico Cirujano
Esp. Salud Ocupacional y Riesgos Laborales

CONSECUTIVO 52,823,545

DR. YESID GUSTAVO BRAVO COTRINO

MEDICO CIRUJANO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL Y RIESGOS LABORALES

REGISTRO MEDICO 25-5381 DE 2012

RESOLUCION PRESTACION DE SERVICION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO 25-2776 DE 2016

CONCEPTO APTITUD OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

TIPO DE EXAMEN: INGRESO [X] PERIODICO [ ] EGRESO [ ] FECHA DE REALIZACION: DIA 29 MES 12 AÑO 2015

NOMBRES: LUZ NELLY APELLIDOS: PARDO REYES

DOCUMENTO: CC N° 52,823,545 DE: BOGOTA EDAD: 46 Años SEXO: FEMENINO

CARGO A DESEMPEÑAR: TRABAJADORA SOCIAL EMPRESA: INDEPENDIENTE

EXAMENES PARACLINICOS PRACTICADOS

(N: Normal/ A: Anormal)

	N	A
Audiometria		
Opto/ Visiòn/ Tam Vis		
Psicologia		
Espirometria		

Examenes de Laboratorio	N	A	Descripción

Examenes de Laboratorio	N	A	Descripción

RESULTADO DE VALORACIÓN MEDICA - EXAMEN DE INGRESO

APTO PARA EL CARGO [X] SIN PATOLOGIA APARENTE [ ] CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LABOR [ ]

APTO CON RESTRICCION [ ] MOTIVO:

APLAZADO [ ] MOTIVO:

NO APTO PARA ESTE CARGO [ ] MOTIVO:

RESULTADO DE VALORACION MEDICA - EXAMEN PERIODICO

PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR SI [ ] NO [ ] SE SUGIERE REUBICACION LABORAL TEMPORAL [ ] PERMANENTE [ ]

OTROS

PUEDE MANIPULAR ALIMENTOS SI [ ] NO [ ] REINCORPORACION SIN RESTRICCION [ ] REINCORPORACIÓN CON RESTRICCION PARA EL CARGO [ ]

RESULTADOS DE VALORACION MEDICA - EXAMEN DE EGRESO

SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL SI [ ] NO [X] CUAL:

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

MEDICAS		OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	
REMISION A EPS		USO DE EEP	X	INICIO DE ACTIVIDAD FISICA	X
CONTINUAR MANEJO MEDICO	X	HIGIENE POSTURAL	X	DEJAR DE FUMAR	
REMISION A ARL		PAUSAS ACTIVAS C/45 min.	X	REDUCIR CONSUMO DE ALCOHOL	
SEGUIMIENTO DE CASO POR ARL		DISTRIBUCION DE FUERZAS Y CARGAS	X	CONTROL NUTRICIONAL Y DE PESO	X
CITOLOGIA CERVICO-VAGINAL		INGRESO A SVE			
TAMIZAJE PROSTATICO					
ESQUEMA DE VACUNACIÓN (ADULTO)		SVE. ERGONÓMICO			
		SVE. RUIDO			
CONTROL AUDIOLÓGICO PERIÓDICO		SVE. BIOLÓGICO			
CONTROL ANUAL OPTOMETRICO		SVE. RADIACIÓN IONIZANTES			
CONTROL ODONTOLÓGICO PERIÓDICO		SVE. PSICOLABORAL			
		SVE. CARDIOVASCULAR - METABÓLICO			

OBSERVACIONES

AL EXAMEN DE INGRESO NO PRESENTA LIMITACIONES FISICAS NI PATOLOGICAS QUE LE IMPIDAN REALIZAR SUS LABORES. PRESENTA CONDICIONES DE SALUD QUE NO DISMINUYEN SU CAPACIDAD LABORAL. PAUSAS ACTIVAS / SEGUIMIENTO POR HIGIENE VISUAL, AUDITIVA Y POSTURAL / UTILIZAR ADECUADAMENTE Y EN TODO MOMENTO LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, LAVADO DE MANOS FRECUENTEMENTE / ESTILOS DE VIDA SALUDABLE / NO EXCEDER LA JORNADA LABORAL / APTO PARA REALIZAR ACTIVIDAD FISICA/ CONTINUAR EN SEGUIMIENTO POR MEDICINA INTERNA POR SU EPS .

CONCEPTO DE APTITUD

APTO SIN RESTRICCION

LA PRESENTE CERTIFICACION SE EXPIDE DE ACUERDO A LA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL DEL ASPIRANTE Y/O TRABAJADOR, LA CUAL ES DE CARÁCTER CONFIDENCIAL Y SU MANEJO ESTA REGULADO POR LAS RESOLUCIONES 2346 DE 2007; 1715 DE 2005 Y 1918 DE 1995 DEL MPS. EVALUACIONES MEDICAS OCUPACIONALES RESOLUCION 2346, Art. 4: "El médico debe respetar la reserva de la Historia Clínica Ocupacional y solo remitirá al empleador el CERTIFICADO MEDICO..."

ESTE CERTIFICADO NO ES VALIDO PARA TRABAJO EN ALTURAS

DR. YESID BRAVO COTRINO
Medico Cirujano
E.S.P. Salud Ocupacional
I.S.O. 252776/2016

DR. YESID GUSTAVO BRAVO COTRINO

REGISTRO MEDICO N°	25-5381	LICENCIA S.O.	252776/2016

NOMBRE DEL PACIENTE	LUZ NELLY	PARDO REYES
CEDULA N°	52,823,545	BOGOTA

Fómeque,

Doctora.
ANA LUCIA RAMIREZ
Gerente
Doctor
ANDRES E. SANCHEZ DIAZ
SUBGERENTE CIENTÍFICO
E.S.E. Hospital San Vicente de Paul
Fómeque Cundinamarca

Ref: **PRESTACION** ***DE SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO A LA GESTION ASISTENCIAL COMO TRABAJADORA SOCIAL PARA EL PROCEDIMIENTO Y EXPEDICION DE LA CERTIFICACIÓN MULTIDISIPLINARIA DE DISCAPACIDAD Y LA IMPLEMENTACIÓN DEL REGISTRO DE LOCALIZACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD, DE LOS MUNICIPIOS DE FOMEQUE, CHIPAQUE, CHOACHI, GUTIERREZ Y UBAQUE - RESOLUCIÓN NÚMERO 105 de 2026 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL***

Yo **LUZ NELLY PARDO REYES**, con la cedula de ciudadanía 52.823.545 expedida en Bogotá, me permito presentar oferta para prestar mis servicios, de acuerdo con las condiciones de la invitación y los documentos que hacen parte integral de la presente, las cuales desarrollaré con plena autonomía e independencia; así mismo manifiesto que las actividades a realizar las puedo ejecutar previa concertación y aceptación voluntaria con la persona que sea designada para tal efecto, respecto a las actividades, cronogramas , agendas u turnos u otra denominación, en todo caso, es mi voluntad de acuerdo a la naturaleza Jurídica del Contrato de prestación de Servicios como independiente celebrar el mismo en caso de ser aceptada la presente, de conformidad con la Naturaleza jurídica de la ESE. Y Que en ningún caso mi oferta en caso de ser contratada generará relación laboral, ni prestaciones sociales, con la ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE

ACTIVIDADES:

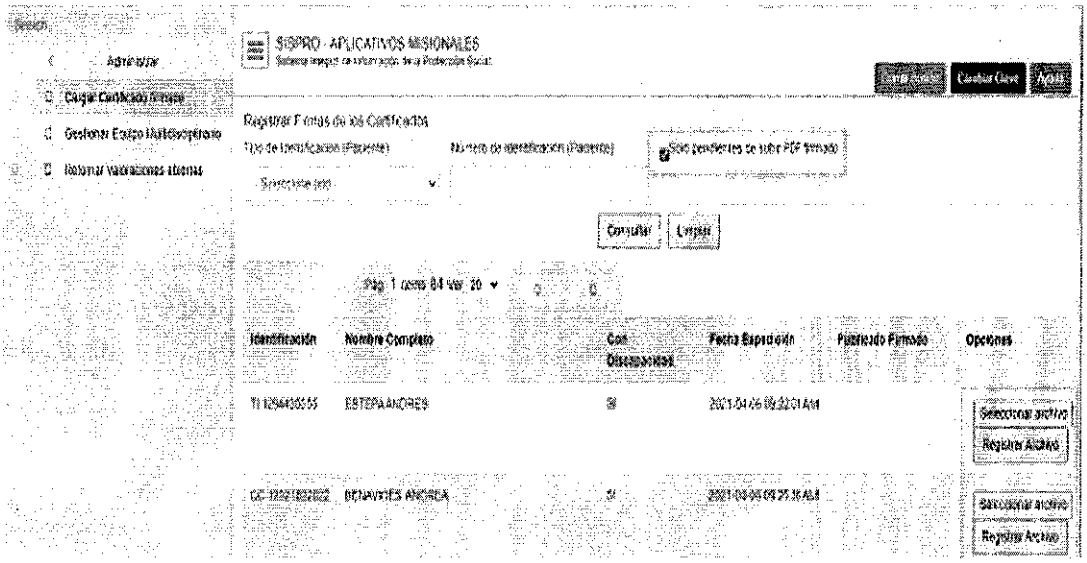
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS:

1. Hacer parte del Directorio Nacional de Certificadores de Discapacidad del Ministerio de Salud y Protección Social.
2. Organizar las jornadas, de tal manera que el proceso pueda desarrollarse integralmente, teniendo en cuenta las siguientes acciones:

Acción	**Metodología**	**Instrumento**	**Datos que arroja como resultado**
Identificación de deficiencias corporales	Revisión de historia clínica	Perfil de funcionamiento -	* Diagnóstico CIE-10 - Códigos y calificadores de deficiencias CIF * Causa de la deficiencia * Categoría de la deficiencia * Registro Individual de Prestación de * Servicios de Salud - RIPS de consulta.
Valoración de limitaciones en las actividades y	Entrevista estructurada	Perfil de funcionamiento Instrumento de	Códigos y calificadores de limitaciones y restricciones CIF Nivel de dificultad en el

restricciones en la participación		valoración por grupo edad	desempeño global y por dominios (mayores de 6 años de edad)
Solicitud de información sobre factores ambientales y personales		Instrumento de recolección de información sobre factores ambientales y personales	* Datos personales. * Datos residencia. * Datos sobre autor reconocimiento * Datos sobre el entorno para la vida y el cuidado.

3. Realizar el proceso en la plataforma SISPRO del Ministerio de Salud y Protección Social, de acuerdo a la Ruta socializada por la Secretaría de Salud Departamental.
4. Solicitar resumen de historias clínicas y certificación por usuario con código de autorización generado por el referente del municipio.
5. Durante la jornada y por cada paciente realizar el cargue del certificado firmado por usuario y el equipo multidisciplinario en formato PDF en la plataforma SISPRO, de acuerdo a la siguiente ruta:



6. Demás actividades, que se necesite para cumplir con los lineamientos técnicos y operativos para la certificación de discapacidad y la implementación del Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD).

VALOR DE LA PROPUESTA: El valor de la propuesta es de TRES MILLONES CIENTO SESENTA Y OCHO MIL PESOS ($3.168.000) MCTE.

FORMA DE PAGO La ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE FÓMEQUE se realizarán pagos solo de acuerdo a los valores asignados para cada municipio de las certificaciones expedidas para los mismos, de acuerdo con la siguiente tabla de valores:

MUNICIPIO	NO. DE CERTIFICACIONES	VALOR POR CERTIFICACION	TOTAL
FOMEQUE	19	$32.000	$608.000
CHIPAQUE	20	$32.000	$640.000
CHOACHI	20	$32.000	$640.000
GUTIERREZ	20	$32.000	$640.000
UBAQUE	20	$32.000	$640.000
TOTAL	99		$3.168.000

Previa certificación de cumplimiento a satisfacción expedida por el supervisor del contrato de las actividades ejecutados en el periodo establecido; con presentación del informe cualitativo y cuantitativo de ejecución y previa verificación y certificación del SUPERVISOR.

PARÁGRAFO PRIMERO. No se puede exceder el valor del presente contrato; y para todos los efectos del pago, es necesario la certificación de cumplimiento a satisfacción expedida por el supervisor del contrato de las actividades ejecutados en el periodo ejecutado; con presentación del informe cualitativo y cuantitativo de ejecución y previa verificación y certificación del SUPERVISOR.

PARÁGRAFO SEGUNDO. La certificación del Supervisor debe especificar el cumplimiento del objeto y el monto a cancelar. Discriminando el resumen ejecutivo de los servicios prestados y reconocidos. Por ello, se realizará los pagos, previa verificación y certificación del SUPERVISOR, como único responsable de la Ejecución del Contrato. Valor que incluye retenciones, impuestos, tasas, contribuciones y descuentos de ley, y todo costo directo e indirecto que la ejecución contractual conlleva y la acreditación de pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud-Pensión-Riesgos Laborales y la presentación de la respectiva factura y/o cuenta de cobro; de acuerdo con el Art. 50 de la Ley 789 de 2002 y artículo 2.2.1.1.1.7 del Decreto 1273 de 2018.

PARÁGRAFO TERCERO. El supervisor que no verifique el pago al sistema de seguridad social integral y aportes parafiscales incurrirá en causal de mala conducta y estará sujeto a las sanciones establecidas en el Código Único Disciplinario (Ley 1952 de 2019).

PARÁGRAFO CUARTO. El término del pago sólo empezará a contarse desde la fecha que se presente en debida forma la totalidad de los documentos exigidos para el efecto. Las demoras que se presenten por estos conceptos serán responsabilidad del contratista y no tendrá por ello al pago de intereses o compensación de ninguna naturaleza

PARÁGRAFO QUINTO. EL HOSPITAL, podrá en cualquier momento consignar, inclusive vía transferencia electrónica el valor facturado por el contratista en la cuenta bancaria comunicada y certificada por el mismo, de la cual deberá ser titular. En todo caso, previa certificación del Supervisor, discriminando resumen ejecutivo de los servicios prestados y reconocidos, en la cual especifica el cumplimiento del objeto y el monto a cancelar y sujeto al flujo de caja de la ESE.

PARÁGRAFO SEXTO. El contratista pagará todos los impuestos, tasas y/o contribuciones que se deriven de la ejecución del contrato, de conformidad con la Ley colombiana.

PARÁGRAFO SEPTIMO: El último pago del presente contrato está sujeto a certificación por parte del contratista y del supervisor del cumplimiento del aporte del 40% del IBC del contrato en seguridad social de conformidad con la normatividad vigente del contrato; y la suscripción del ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN, suscrita por el CONTRATISTA y el SUPERVISOR

SEGURIDAD SOCIAL: Me comprometo de acuerdo a la normatividad vigente a la obligación legal de todo Contratista **independiente, a realizar las afiliaciones al Sistema General de Seguridad Social en Pensión, Salud y Riesgo Laboral**, a realizar los aportes por mi cuenta y acreditar tales afiliaciones y pagos ante la entidad contratante (E.S.E.), así como acreditar mi registro en el RUT como contratista independiente en la actividad para la cual voy a ser contratado (a).
En cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 18 de la Ley 1122 de 2007, los aportes como contratista independiente serán del 40% de los ingresos mensuales recibidos por el contratista, que en ningún caso podrá ser inferior a un salario mínimo legal vigente, ni superior a 25 salarios mínimos legales vigentes.

INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD: Declaro que no me hallo incurso (a) en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad establecidas en la Ley y que tampoco me encuentro incursa en ninguno de los eventos previstos como prohibiciones especiales para contratar.

INDEMNIDAD: Me Comprometo a mantener indemne a **EL HOSPITAL** de los reclamos, demandas, acciones legales, y costos que surjan con ocasión a la ejecución del fututo contrato, con cargo a esta oferta. Igualmente de los reclamos, demandas, acciones legales, o costos que se generen por daños o lesiones que se causen a terceros ocasionados por mi como CONTRATISTA, durante la ejecución del contrato. En caso de demandas, reclamaciones o acciones legales contra **EL HOSPITAL** y que sean de responsabilidad mía como CONTRATISTA, conforme a lo pactado en el contrato, este me será notificado, obligándome a mantener indemne a **EL HOSPITAL** y a responder por dichas reclamaciones y todos los costos que se generen.

CONFIDENCIALIDAD: A menos que se especifique de otra forma durante el contrato, me comprometo expresamente a mantener de manera confidencial toda información recibida, de acceso al sistema, plataformas, archivos, durante la ejecución del contrato, cuya propiedad y/o confidencialidad es de exclusividad del Hospital. y que no se usará tal información para fines personales, sociales, o que dañen la imagen del Hospital. Toda información revelada por **EL HOSPITAL** a la cual acceda el CONTRATISTA, durante el termino de ejecución del contrato se tratará como confidencial, obligándome a que se extenderá por (3) tres años siguientes al conocimiento de la información confidencial. En Caso Contrario el HOSPITAL podrá dar traslado a las Autoridades Civiles y penales, sin Previo Aviso. De Igual forma **El HOSPITAL** por su parte se obliga y obligará a mantener la información confidencial del CONTRATISTA.

DOCUMENTOS: Me comprometo a entregar a la E.S.E. la totalidad de los documentos solicitados para la suscripción del contrato, así como las pólizas y demás documentos a que haya lugar para la legalización y ejecución del contrato.

DIRECCION: Manifiesto que mi dirección de domicilio y notificación personal es vereda Rio Blanco Fómeque Mi correo electrónico de notificación y comunicación contractual es: luznelypardo1@yahoo.es y mi número de celular para comunicación durante la ejecución del contrato es 3123060858

Adjunto a la presente Oferta, Anexos : 1 y 3 que forman parte integral de la presente oferta.

Declaro, bajo la gravedad de juramento como consta con mi firma, que los documentos aportados en la presente propuesta, pueden ser verificados por la E.S.E, ya que presumen de autenticidad de conformidad con la Ley 962 de 2005 y el Decreto 019 de 2012 y los artículos 10°, 11°, 12 ° y ss., de la Ley 1581 de 2012 y demás normatividad vigente; garantizando la trazabilidad y veracidad de los soportes aportados (perfil, certificaciones, experiencia, cursos y de más documentos solicitados) y demás disposiciones legales vigentes colombianas , y me hago responsable civil y/o penalmente de cualquier falsedad ante la justicia ordinaria, Fiscalía y Procuraduría General de la Nación.

Agradezco la oportunidad de aceptar la presente oferta de mis servicios a esa Entidad.

Cordialmente,

LUZ [illegible] PARDO REYES

C.C. 52.823.545

	E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FÓMEQUE- CUNDINAMARCA PROCESO DE APOYO-GETIÓN JURÍDICA CONTRATACIÓN	Código: PA-GJC-FT-005 Vigencia: MAYO 2030 Versión: 1	SURORIENTE
San Vicente de Paúl FOMEQUE	FORMATO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O TERCERO	Página 1 de 1	

Fecha de diligenciamiento	24	6	2026	Ciudad o Municipio	FOMEQUE	Departamento	CUNDINIAMARCA
CLASE DE VINCULACIÓN							
Proveedor	Asistencial		Administrativo		Colaborador	X	
DATOS PERSONA NATURAL							
Primer Nombre	Segundo Nombre				Primer Apellido	Segundo Apellido	
LUZ	NELLY				PARDO	REYES	
Tipo de identificación				No. De identificación	Lugar de Expedición	Fecha de Expedición	
CC X	CE	TI	OTRO	52.823.545	BOGOTA	26/08/1997	
Fecha de nacimiento	29	7	1979	Lugar de nacimiento	FOMEQUE	Telefono y/o celular	312-3060858
Dirección de residencia	CARRERA 6 No 6-53				Profesión u Oficio	TRABAJADORA SOCIAL	
Estado civil	UNION LIBRE				Correo Electrónico	luznellypardo1@yahoo.es	
FECHA DE CORTE DE INFORMACIÓN FINANCIERA					24	6	2025
Total Activos	$ 50.000.000			Total Pasivos	$ 100.000.000	Total Patrimonio	$ 50.000.000
Ingresos mensuales	$ 4.600.000			Egresos Mensuales	$ 2.000.000	Otros ingresos mensuales	$ 1.000.000
MARQUE CON UNA (X), SEGÚN CORRESPONDA DE ACUERDO A SU PERFIL, CARGO O PROFESION							
¿Maneja recursos públicos?		SI	x	¿Tiene reconocimiento público?		SI	X
¿Ejerce algún grado de poder público?		SI	x	¿Es familiar de una persona públicamente expuesta?		SI	x
¿Es Ud. sujeto de obligaciones tributarias en otro país?						SI	X
DATOS PERSONA JURÍDICA							
Nombre o razón social					NIT		DV
Tipo de Empresa	Pública	Privada	Mixta	Sector económico		CIIU	
FECHA DE CORTE DE INFORMACIÓN FINANCIERA					DD	MM	AA
Total Activos				Total Pasivos		Total Patrimonio	
DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL							
Primer Nombre	Segundo Nombre				Primer Apellido	Segundo Apellido	
Tipo de identificación				No. De identificación	Lugar de Expedición	Fecha de Expedición	
CC	CE	TI	OTRO				

Identificación de accionistas que tenga directa o indirectamente mas del 5% del Capital social, Aporte o participación en la sociedad			
Nombres y Apellidos	Tipo ID	Tipo y Número ID	¿Por su actividad o cargo, goza de Reconocimiento público, Poder Político y/o maneja Recursos públicos? Registre SI/NO y especifique claramente

ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES						
¿Realiza transacciones en moneda extranjera?	SI	X	Especifique cual			
¿Posee productos financieros en el exterior?	SI	X	Especifique cual			

Producto	No. De producto	Moneda	Monto	Entidad	Ciudad	Pais

DECLARACION ORIGEN DE FONDOS

Declaro de manera voluntaria que mi actividad, profesión u oficio es lícito y lo consignado es cierto y verificable. La información registrada tiene como propósito, contribuir a la prevención y control del lavado de activos y financiación del terrorismo LA/FT. Me comprometo a entregar la información actualizada cada vez que se requiera y su incumplimiento faculta a la ESE Hospital San Vicente de Paúl de Fómeque, para rescindir del contrato.

Manifiesto que no he sido responsable judicialmente por la comision de delitos contra la Administración Pública cuya pena sea privativa de la libertad o que afecten el patrimonio del Estado o por delitos relacionados con LA/FT, o la pertenencia, promoción o financiación de grupos ilegales, delitos contra lesa humanidad, narcotráfico, fraude, testaferrato o corrupción.

Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (Detalle ocupación, oficio, actividad o negocio)

Origen de fondos: Contratista

CONSIDERACIONES Y AUTORIZACIONES

1. Los datos personales solicitados en el presente formato son recogidos atendiendo las disposiciones e instrucciones de la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para prevenir y controlar el Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo LA/FT.
2. Que conforme con lo dispuesto por el literal b) de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos que tenga por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del Lavado de Activos y el -financiamiento del Terrorismo, por lo que en principio su utilización, no requerirá de autorización de su titular.
3. Acepto la verificación de Listas y demás controles SARLAFT realizadas por la ESE Hospital San Vicente de Paúl de Fómeque, de manera que velaré por su cumplimiento manteniendo los controles para evitar que la ESE sea utilizada en actividades ilícitas.
4. Acepto que en caso de incumplimiento la ESE Hospital San Vicente de Paúl de Fómeque dé por terminado unilateralmente, y sin que haya lugar a indemnización alguna a favor mío, el/los contrato(s) que haya celebrado con la ESE.
5. Que modificaré e informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración.

COMO CONSTANCIA DE LA VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO	HUELLA

Para uso exclusivo de la ESE Hospital San Vicente de Paúl de Fómeque

Nombre y Apellidos	LUZ NELLY PARDO REYES
Cargo	TRABAJADORA SOCIAL
Nombre Jefe	CC. 52.823.545 BOGOTA
Observaciones	

Fómeque,

Señores
ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE
Fómeque - Cundinamarca

Asunto: Declaración de ausencia de inhabilidades e incompatibilidades para contratar.

El/la suscrito/a Liz Nelly Pardo Reyes identificado/a con cédula de ciudadanía N° 52823545 de Bogotá, declaro bajo la gravedad del juramento, de forma libre, espontánea y consciente, que el abajo firmante, que se vincula para en cumplimiento del objeto contractual no me encuentro incurso en ninguna causal de inhabilidad, incompatibilidad, conflicto e intereses y/o prohibición, de las señaladas en la Constitución Política y en la Ley, especialmente:

1- Estar incursos en las causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con entidades públicas de conformidad con lo establecido en la constitución y las leyes.

2- Estar incurso en cualquiera de las causales de inhabilidad e incompatibilidad de que trata el artículo 8 de la ley 80 de 1993 y las normas que lo modifiquen o lo sustituyan.

3- Estar incurso el suscrito, en alguna de las causales de inhabilidad por incumplimiento reiterado, que genere la imposición de multas o declaratoria de incumplimiento de conformidad con lo previsto en el artículo 90 de la ley 1474 de 2011 y las normas que lo modifiquen o lo sustituyan.

4- No tener conocimiento sobre la existencia de procesos pendientes de carácter alimentario y que cumplo con las obligaciones de familia. Lo anterior para dar cumplimiento al artículo 6° de la Ley 311 de 1996.

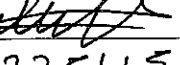
5- No haber desempeñado el suscrito, funciones públicas al interior de la ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE dentro de los dos años anteriores a la fecha de la presentación de la propuesta, o estar desempeñando cargo público en la ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE, ni en ninguna otra institución del Estado.

6- No soy cónyuge o compañero(a) permanente con servidores públicos del nivel directivo, asesor o de control interno de la ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE, ni tengo parentesco con ellos dentro del primer y segundo grado de consanguinidad, afinidad o civil

7- No me encuentro relacionado en ninguna lista restrictiva de lavado de activos de ningún país, como las denominadas Listas OFAC, Lista Clinton o en listas nacionales o internacionales de organismos policiales, judiciales o de inteligencia por posibles vínculos con organizaciones delictivas.

La presente declaración se suscribe con el fin de acreditar los documentos para trámite de contratación.

Atentamente,

NOMBRES Y APELLIDOS	Liz Nelly Pardo Reyes
FIRMA ORIGINAL	
IDENTIFICACIÓN	52823545
DIRECCIÓN	Cll 6 D-6-53
TELÉFONO O CELULAR	312-3060858
CORREO ELECTRONICO	lizpardo16@yahoo.es