Sabana de Torres, 30 DE OCTUBRE DE 2026

Doctora
PAOLA FERNANDA RIOS GÓMEZ
Gerente
E.S.E. Hospital Integrado de Sabana de Torres.
E. S. D.

REF: Invitación a presentar propuesta para ejecutar el contrato de cuyo objeto es: "PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN EL PROCESO DE AUXILIATURA DE ENFERMERIA EN EL AREA DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACION DE LA E.S.E HOSPITAL INTEGRADO SABANA DE TORRES."

Respetada Doctora:

La suscrita **MARIELA ANAYA ARANDA** identificada con cedula de ciudadania No. 37.878.108 expedida en el Municipio de Sabana de Torres (Santander), presento propuesta para la celebración del contrato de prestación de servicios de la referencia, de conformidad con la invitación realizada por la E.S.E.

En caso de que la E.S.E HOSPITAL INTEGRADO DE SABANA DE TORRES, acepte mi oferta, me comprometo a suscribir el contrato correspondiente, a cumplir con las obligaciones derivadas de él, de la oferta que presento y de los términos previstos para tal efecto por la entidad, e igualmente manifiesto:

1. Que ninguna otra persona o entidad diferentes a la empresa que represento, tiene participación en esta oferta o en el contrato que llegare a resultar.
2. Que he estudiado la invitación, estudios previos y demás documentos del contrato, así como las condiciones e informaciones necesarias para la presentación de la oferta, y acepto todos los requerimientos establecidos en dichos documentos. Así mismo, manifestó que la E.S.E, facilito de manera adecuada, la totalidad de la información técnica requerida para la elaboración de la propuesta
3. Que declaro bajo la gravedad del juramento que se entiende prestado con la suscripción del presente documento, que no existe información engañosa, inexacta o que falte a la verdad en la documentación que conforma la propuesta, y por ello acepto las consecuencias jurídicas que conlleven la contravención de mi parte a esta manifestación.
4. Que, en caso de resultar aceptada la presente propuesta, me comprometo a ejecutar la totalidad del alcance del objeto del contrato respectivo.
5. Que entiendo que el valor del contrato incluye la totalidad de los impuestos, tasas o contribuciones de cualquier orden, directas o indirectas que se causen o llegaren a causar por la celebración, ejecución y liquidación del contrato.
6. Que no existe ninguna falsedad en la presente propuesta.
7. Que conozco detalladamente y que he hecho todas las averiguaciones necesarias para asumir los riesgos sociales, de orden público, normativos, climáticos, ambientales, técnicos que la ejecución del contrato me demande, y en consecuencia manifiesto que asumo los resultados económicos de los mismos.
8. Para desarrollar el contrato, estoy de acuerdo con el plazo **HASTA EL 31 DE ENERO DE 2027** por la suma de **OCHO MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL PESOS MCTE ($8.596.000)** los cuales fueron señalados por la E.S.E. en la invitación enviada.
9. Bajo la gravedad de juramento manifiesto que no me encuentro incurso en inhabilidades ni incompatibilidades para ejecutar el objeto contractual de conformidad con lo señalado en la Ley 80 de 1993 Art. 18 y demás normas concordantes.

Atentamente.

MARIELA ANAYA ARANDA
C.C. No. 37.878.108 expedida en Sabana de Torres

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
ANAYA	ARANDA	MARIELA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 37878108	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 12 MES 05 AÑO 1980	CARRERA 16N 24 345 LOTE4 AEROPUERTO			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	SANTANDER
DEPTO	SANTANDER	MUNICIPIO	SABANA DE TORRES		
MUNICIPIO	SABANA DE TORRES	TELÉFONO	6352201	EMAIL	felipe9643@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	EDUCACION MEDIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	06	AÑO	2012
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
UCT	EDUCACIÓN INFORMAL		X		AUXILIAR ENFERMERIA	06	2012

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*
CORPORACION INTEGRAL DE LIDERES	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	10	X		FORMACION EN MANEJO Y USO DEL DEA	12	2022
CORPORACION INTEGRAL DE LIDERES	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	50	X		FORMACION EN MANEJO Y GESTION DE DUELO	12	2024
CORPORACION INTEGRAL DE LIDERES	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	50	X		FORMACION EN ATENCION A VICTIMAS CON ATAQUE CON AGENTES QUIMICOS	12	2024
CORPORACION INTEGRAL DE LIDERES	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	50	X		FORMACION EN LA ATENCION INTEGRAL EN SALUD PARA VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GENERO	12	2024
corporacion integral de lideres	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	20	X		curso vital basico	12	2024
corporacion integral de lideres	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	50	X		formacion en humanizacion y calidad en la atencion en servicios de salud	12	2024
CORPORACION INTERNACIONAL DE LIDERES	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	50	X		FORMACION EN TRIAGE EN URGENCIAS	12	2024

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL INTEGRADO DE SABANA DE TORRES			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* SABANA DE TORRES					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3172646181	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año* 2025	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AUX DE ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* CALLE 14 9 50 BARRIO CARVAJAL					

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL INTEGRADO DE SABANA DE TORRES			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* SABANA DE TORRES					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6293347	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	20	*Mes*	09	*Año* 2022	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUX. DE ENFERMERIA URGENCIAS	*DEPENDENCIA* AREA DE LA SALUD - ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* CALLE 14 10 59 BARRIO CARVAJAL					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL INTEGRADO DE SABANA DE TORRES			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* SABANA DE TORRES					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3172646181	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año* 2025	*Día*	28	*Mes*	02	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* APOYO A AUXILIAR DE ENFERMERIA					*DIRECCIÓN*					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL INTEGRADO DE SABANA DE TORRES			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* SABANA DE TORRES					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3172646181	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año* 2024	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUX DE ENFERMERIA DE URGENCIA	*DEPENDENCIA* 4505 Y AUXILIAR DE ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* CALLE 14 10 59					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD laboratorio clinico erika carcamo			*PÚBLICA*		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* SABANA DE TORRES					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3172646181	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	06	*Año* 2021	*Día*	05	*Mes*	10	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL BACTERIOLOGA 1096/2013	*DEPENDENCIA* AREA DE BACTERIOLOGIA					*DIRECCIÓN* AVENIDA CALLE 16A D NORTE 11C NORTE					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL INTEGRADO DE SABANA DE TORRES			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* SABANA DE TORRES					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	23	*Mes*	11	*Año* 2020	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA L5	*DEPENDENCIA* AREA GESTION DE SERVICIOS EN SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 14A A NORTE 9A 50 NORTE CALLE 14 N 9- 50					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6910030	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	16	*Mes*	12	*Año* 2016	*Día*	14	*Mes*	12	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* GINECOBSTETRICIA					*DIRECCIÓN* BUCARAMANGA					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD AUVIMER			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6323400	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	02	*Año* 2016	*Día*	01	*Mes*	06	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ACCESO A SERVICIOS DE SALUD					*DIRECCIÓN* CARRERA 35N 34 36 el prado					

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*					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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	3	9
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	3
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	2	3
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO __ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Mariela Araya Aunda

Sabana de Torres, Octubre 18 de 2026

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 37.878.108
ANAYA ARANDA
APELLIDOS
MARIELA
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 12-MAY-1980
SABANA DE TORRES
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
06-OCT-1998 SABANA DE TORRES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-2708200-00125823-F-0037878108-20081107
0005503132A 1
7190008183

Función Pública

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2026-10-30 12:01

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
MARIELA		ANAYA	ARANDA

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	37878108

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	SANTANDER	SABANA DE TORRES

Lugar de domicilio

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	SANTANDER	SABANA DE TORRES

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 INTEGRADO DE SABANA DE TORRES

Lugar de sede

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	SANTANDER	SABANA DE TORRES

Dirección	["Calle 11 No. 11 - 06 Barrio Buenos Aires\r\nPalacio Municipal \"Jose Maria Torres\""]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$25.674.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$25.674.000,00

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

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] 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:

La República de Colombia
y en su nombre el

Centro Educativo Integral Colombiano C.E.I.C.O.

Floridablanca - Santander

Aprobado por la Secretaría de Educación del Municipio de Floridablanca, según Resolución No.0486 del 17 de Diciembre de 2004

Confiere a

Mariela Anaya Aranda

Identificado(a) con C.C. No. 37.878.108 de Sabana de Torres (Sder)

El Título de

Bachiller Académico

Ciclos Lectivos Especiales Integrados C.L.E.I.

Por haber alcanzado y aprobado los logros de formación integral correspondientes al nivel de Educación Media Académica de acuerdo al Proyecto Educativo Institucional P.E.I. del Colegio.

Rector.

Rep. Legal.

Jesús David Agudelo

Anotado en el control interno del plantel en el

Libro No. I Folio No. 89 Diploma No. 44

Dado en Floridablanca, a 20 de Diciembre del año 2008

...según decreto ...1 del 6 de Mayo de 1994 *

Inscripción DANE:
368276002659

Centro Educativo Integral Colombiano C.E.I.C.O.

Floridablanca - Santander

Acta de Grado

En la ciudad de Floridablanca a los 06 días del mes de Diciembre del año 2008 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría del CENTRO EDUCATIVO INTEGRAL COLOMBIANO C.E.I.C.O Institución Aprobada en el Nivel de Educación Media ACADEMICA formal de adultos C.L.E.I., según Decreto 3011 articulo 36 de diciembre 19 de 1997 y autorizada por la Secretaría de Educación del Municipio, según Resolución No.0486 del 17 de Diciembre de 2004, para otorgar el título de Bachiller en la modalidad ACADÉMICA.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media ACADEMICA, se procedió a otorgar el título de BACHILLER ACADÉMICO al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

Mariela Anaya Aranda
C.C. No. 37,878,108 de Sabana de Torres (Sder)

Es fiel copia del Acta General de Grado, No. 010 del 06 de Diciembre de 2008, que consta de 265 estudiantes que comienza con el nombre de VIVIANA ABARRACÍN HERNÁNDEZ y finaliza con JACKELINE VILLAMIZAR VILLAMIZAR.

Firmada y sellada por JAVIER DARIO AGUDELO GIRÓN (Rector), y SILVIA JULIANA DÍAZ HERNÁNDEZ (Secretaria General).

Dada en Floridablanca a los 13 días del mes de Diciembre de 2008.

Firmada y sellada

Rector
C.C. 13.812.634 de Bucaramanga

Secretaria General
C.C. 1.095.797.282 de Floridablanca

EDUSYS LTDA

La República de Colombia y en su nombre

Unidades Técnicas de Colombia
UTC

Aprobado por la República de Colombia Gobernación de Santander
Secretaría de Educación - Licencia de Funcionamiento No. 6371 de Mayo 14 de 2010
Resolución de Registro de Programa 9279 de Julio 13 de 2010
Resolución Ministerio de Protección Social Acuerdo No. 270 de Julio 24 de 2009 - Personería Jurídica No. 04455

Confiere el Certificado de Técnico Laboral en:

Auxiliar en Enfermería

A:

Mariela Anaya Aranda

C.C. 37878108 de Sabana de Torres

Por haber cursado y aprobado los requisitos Académicos y Prácticos exigidos en esta Institución en conformidad al Plan de Estudios

Expedido en la ciudad de San Vicente de Chucurí Santander a los veintitrés (23) días del mes de Junio de 2012
Registrado en el Libro 002, Acta de Grado 1109 de Certificados de Grado No. 708

DIRECTOR GENERAL

UNIDADES TÉCNICAS DE COLOMBIA
UTC
Formamos Conocimiento Integral

DIRECTOR ACADEMICO

U T C

UNIDADES TÉCNICAS DE COLOMBIA

ACTA DE GRADO No. 1109

En la Ceremonia Realizada el día 23 de junio del 2012, en la ciudad de San Vicente de Chucuri Santander, Presidida por el Ingeniero Mauricio Rodríguez Pérez, Director de la **CORPORACIÓN UNIDADES TÉCNICAS DE COLOMBIA – UTC**, Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano como factor esencial del proceso educativo de la persona y componente dinamizador en la formación de Técnicos laborales y expertos en las artes y oficios, mediante el ofrecimiento del servicio de educación integral en el ámbito Técnico Laboral y en la modalidad Presencial y a Distancia. Constituida según las normas legales de la República de Colombia, Gobernación de Santander, Secretaria de Educación Licencia de Funcionamiento No. 6371 de Mayo 14 de 2010, Resolución Registro de Programa No. 9279 de Julio 13 de 2010; Resolución Ministerio de Protección Social Acuerdo No. 270 de Julio 24 de 2009, Secretaria de Educación y Cultura del Departamento de Bolívar No. 0255 del 29 – Dic. - 2008, Personería Jurídica No.04455, una vez tomado el juramento reglamentario y protocolario, confirió el Certificado a:

MARIELA ANAYA ARANDA

Identificada con cedula de ciudadanía No. 37.878.108 de Sabana de torres, quien cumplió satisfactoriamente con los requisitos exigidos en los reglamentos y normas legales de la institución habiendo cursado y aprobado se confirió el Certificado de Técnico Laboral en:

AUXILIAR EN ENFERMERÍA

Bajo la gravedad del Juramento, el graduando prometió cumplir con los deberes propios del ejercicio de su ocupación. En fe de lo anterior se firma la presente Acta de Grado, a los 23 días del mes de Junio del 2012.

Hay un sello que dice: **UNIDADES TÉCNICAS DE COLOMBIA – UTC**, es fiel copia de su original tomada el día **VEINTITRES 23** de **JUNIO** del **DOS MIL DOCE 2012**.

DIRECTOR



SCC

LIGA SANTANDEREANA CONTRA EL CANCER

El cáncer es curable si se detecta a tiempo

CERTIFICA

Que **Mariela Anaya Aranda**

Asistió **Actualización en la Toma de Citologia de Cuello Uterino**

Realizado en Bucaramanga, **el 16 de Marzo de 2012**

Intensidad horaria: **4 horas**

Presidente

Escaneado con CamScanner

E.S.E HOSPITAL INTEGRADO SABANA DE TORRES	CERTIFICACIÓN	COD: FR-GDE-02 VERSION: 03 FECHA: 18/12/2024

ADM: 051

LA SUSCRITA SUBDIRECTORA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL INTEGRADO SABANA DE TORRES
NIT: 800.064.543-4

CERTIFICA:

Que **MARIELA ANAYA ARANDA** identificado(a) con cédula de ciudadanía número 37.878.108 expedida en Sabana de Torres (Stder), celebró los siguientes Contratos de Prestación de Servicios:

CONTRATO NÚMERO:	078-2023
OBJETO:	BRINDAR APOYO A LA GESTION OPERATIVA EN EL AREA DE LA SALUD PRESTANDO LOS SERVICIOS DE AUXILIAR DE ENFERMERIA DEL AREA DE URGENCIAS PARA ATENDER A LOS USUARIOS DE LA E.S.E HOSPITAL
VALOR:	SEIS MILLONES DE PESOS ($6.000.000) MLICTE
FECHA DE INICIO:	20 DE ENERO DE 2023
FECHA DE TERMINACIÓN:	30 DE ABRIL DE 2023

CONTRATO NÚMERO:	129-2023
OBJETO:	BRINDAR APOYO A LA GESTION OPERATIVA EN EL AREA DE LA SALUD PRESTANDO LOS SERVICIOS DE AUXILIAR DE ENFERMERIA DEL AREA DE URGENCIAS PARA ATENDER A LOS USUARIOS DE LA E.S.E HOSPITAL
VALOR:	NUEVE MILLONES DE PESOS ($9.000.000) MLICTE
FECHA DE INICIO:	01 DE MAYO DE 2023
FECHA DE TERMINACIÓN:	30 DE SEPTIEMBRE DE 2023

CONTRATO NÚMERO:	223-2023
OBJETO:	BRINDAR APOYO A LA GESTION OPERATIVA EN EL AREA DE LA SALUD PRESTANDO LOS SERVICIOS DE AUXILIAR DE ENFERMERIA DEL AREA DE URGENCIAS PARA ATENDER A LOS USUARIOS DE LA E.S.E HOSPITAL
VALOR:	CINCO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($5.400.000) MLICTE
FECHA DE INICIO:	01 DE OCTUBRE DE 2023
FECHA DE TERMINACIÓN:	31 DE DICIEMBRE DE 2023

El objeto contratado tuvo los siguientes alcances:

1. Prestar servicios como auxiliar de enfermería mediante el apoyo al médico en la atención a pacientes y/o usuarios de la E.S.E. Hospital Integrado Sabana de Torres en el Área de Urgencias, igual que en el apoyo a los procedimientos médicos que allí se realicen por los profesionales.
2. Orientar a los usuarios de la E.S.E. Hospital sobre los servicios que presta la entidad y los cuidados médicos conforme al estado de salud individual y las recomendaciones emitidas por el médico.

3. Hacer la anotación respectiva en la historia clínica, notas de enfermería de las actividades de urgencias, procedimientos y hospitalización, registrando fecha -hora, conservando siempre la pertinencia y coherencia por cada actuación.
4. Dar cumplimiento a las directrices implementadas por la institución durante la emergencia sanitaria Nacional Covid19.
5. Brindar asistencia y apoyo en actividades de observación dentro del proceso de vacunación contra COVID -19.
6. Aplicar las medidas y protocolos de SG-SST y cumplir con las normas de bioseguridad definidas por la institución empleando los elementos de protección personal para el desempeño de sus actividades.
7. Acompañamiento y Traslado de pacientes por remisión a las ciudades de Bucaramanga y Barrancabermeja de acuerdo a programación estipulada por el jefe inmediato.
8. Brindar apoyo en las actividades y/o jornadas de salud que organice la E.S.E
9. Brindar apoyo en la toma de muestras para el laboratorio clínico.
10. Las demás que puedan surgir en cumplimiento del objeto y que le asigne el supervisor siempre y cuando se deriven de la naturaleza y esencia del contrato y que sean pertinentes para la óptima ejecución del mismo.

CONTRATO NÚMERO:	022-2024
OBJETO:	BRINDAR APOYO A LA GESTIÓN OPERATIVA EN EL AREA DE LA SALUD PRESTANDO LOS SERVICIOS DE AUXILIAR DE ENFERMERIA DEL AREA DE URGENCIAS PARA ATENDER A LOS USUARIOS DE LA E.S.E HOSPITAL INTEGRADO SABANA DE TORRES
VALOR:	CINCO MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA MIL PESOS ($5.940.000) M/CTE
FECHA DE INICIO:	01 DE ENERO DE 2024
FECHA DE TERMINACIÓN:	31 DE MARZO DE 2024

CONTRATO NÚMERO:	130-2024
OBJETO:	BRINDAR APOYO A LA GESTION OPERATIVA EN EL AREA DE LA SALUD PRESTANDO LOS SERVICIOS DE AUXILIAR DE ENFERMERIA DEL AREA DE URGENCIAS PARA ATENDER A LOS USUARIOS DE LA E.S.E HOSPITAL INTEGRADO SABANA DE TORRES
VALOR:	TRES MILLONES NOVECIENTOS SESENTA MIL PESOS ($3,960,000) M/CTE.
FECHA DE INICIO:	01 DE ABRIL DE 2024
FECHA DE TERMINACIÓN:	31 DE MAYO DE 2024

CONTRATO NÚMERO:	367-2024
OBJETO:	BRINDAR APOYO A LA GESTION OPERATIVA EN EL AREA DE LA SALUD PRESTANDO LOS SERVICIOS DE AUXILIAR DE ENFERMERIA DEL AREA DE URGENCIAS PARA ATENDER A LOS USUARIOS DE LA E.S.E HOSPITAL INTEGRADO SABANA DE TORRES
VALOR:	CINCO MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA MIL PESOS $ (5.940.000) M/CTE
FECHA DE INICIO:	01 DE OCTUBRE DE 2024
FECHA DE TERMINACIÓN:	31 DE DICIEMBRE DE 2024

El objeto contratado tuvo los siguientes alcances:

1. Prestar servicios como auxiliar de enfermería mediante el apoyo al médico en la atención a pacientes y/o usuarios de la E.S.E. Hospital Integrado Sabana de Torres en el Área de Urgencias, igual que en el apoyo a los procedimientos médicos que allí se realicen por los profesionales.
2. Orientar a los usuarios de la E.S.E. Hospital sobre los servicios que presta la entidad y los cuidados médicos conforme al estado de salud individual y las recomendaciones emitidas por el médico.
3. Hacer la anotación respectiva en la historia clínica, notas de enfermería de las actividades de urgencias, procedimientos y hospitalización, registrando fecha -hora, conservando siempre la pertinencia y coherencia por cada actuación.
4. Aplicar las medidas y protocolos de SG-SST y cumplir con las normas de bioseguridad definidas por la institución empleando los elementos de protección personal para el desempeño de sus actividades.
5. Brindar apoyo en las actividades y/o jornadas de salud que organice la E.S.E.
6. Acompañamiento y Traslado de pacientes por remisión a las ciudades de Bucaramanga y Barrancabermeja de acuerdo con programación estipulada por el jefe inmediato
7. Las demás que puedan surgir en cumplimiento del objeto y que le asigne el supervisor siempre y cuando se deriven de la naturaleza y esencia del contrato y que sean pertinentes para la óptima ejecución de este.

CONTRATO NÚMERO:	024-2025
OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL AREA DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACION DE LA E.S.E HOSPITAL INTEGRADO SABANA DE TORRES
VALOR:	CUATRO MILLONES CIENTO CINCUENTA Y OCHO MIL PESOS MCTE ($4.158.000)
FECHA DE INICIO:	01 DE ENERO DE 2025
FECHA DE TERMINACIÓN:	28 DE FEBRERO DE 2025

CONTRATO NÚMERO:	110-2025
OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL AREA DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACION DE LA E.S.E HOSPITAL INTEGRADO SABANA DE TORRES
VALOR:	OCHO MILLONES TRESCIENTOS DIECISEIS MIL PESOS MCTE ($8.316.000)
FECHA DE INICIO:	01 DE MARZO DE 2025
FECHA DE TERMINACIÓN:	30 DE JUNIO DE 2025
ESTADO:	EN EJECUCION

El objeto contratado tuvo los siguientes alcances:

1. Brindar apoyo al personal médico y enfermeras en la atención a pacientes y/o usuarios de la E.S.E. Hospital Integrado Sabana de Torres en el Área de Urgencias y Hospitalización, igual que en el apoyo a los procedimientos médicos que allí se realicen.

2. Orientar a los usuarios de la E.S.E. Hospital sobre los servicios que presta la entidad y los cuidados médicos conforme al estado de salud individual y las recomendaciones emitidas por el médico.
3. Hacer la anotación respectiva en la historia clínica, notas de enfermería de las actividades de urgencias, procedimientos y hospitalización, registrando fecha -hora, conservando siempre la pertinencia y coherencia por cada actuación.
4. Aplicar las medidas y protocolos de SG-SST y cumplir con las normas de bioseguridad definidas por la institución empleando los elementos de protección personal para el desempeño de sus actividades.
5. Brindar apoyo en las actividades y/o jornadas de salud que organice la E.S.E.
6. Acompañamiento y Traslado de pacientes por remisión a las ciudades de Bucaramanga y Barrancabermeja de acuerdo con programación estipulada por el jefe inmedisto.
7. Portar a su coste identificación a través de escarapela, cuando permanezca dentro de la E.S.E, el cual deberá cumplir con los lineamientos de la entidad.
8. Las demás actividades que le asigne el supervisor siempre y cuando se deriven de la naturaleza y esencia del contrato y que sean pertinentes para la óptima ejecución de este.

Se anexa Recibo de Recaudo de Estampillas 2502500206606 por $5.280 Estampilla Pro Hospital $4.800 y ordenanza 012 de 2005 por $480.

Se anexa comprobante de Ingreso de Estampillas Municipales por valor de $20.000.

Se expide a solicitud Mariela Anaya Aranda, en Sabana De Torres, Santander, a los nueve (09) día del mes de abril de dos mil veinticinco (2025).

AMD: 051

LINETH VIVIANA RIVERA MURILLO
Subdirectora Administrativa
ESE Hospital Integrado Sabana de Torres

Proyectó: María Alejandra Cárdenas Blanco – Auxiliar Administrativo

ADM: 094

LA SUSCRITA SUBDIERECTORA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL INTEGRADO SABANA DE TORRES
NIT: 800.064.543-4

CERTIFICA

Que **MARIELA ANAYA ARANDA** identificada con cedula de ciudadania No. 37.878.108 expedida en el Municipio de Sabana de Torres (Santander), ha suscrito los siguientes Contratos de Prestación de Servicios:

CONTRATO NÚMERO:	024-2025
OBJETO:	"PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL AREA DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACION DE LA E.S.E HOSPITAL INTEGRADO SABANA DE TORRES."
VALOR:	CUATRO MILLONES CIENTO CINCUENTA Y OCHO MIL PESOS MCTE ($4.158.000)
FECHA DE INICIO:	01 DE ENERO DE 2025
FECHA DE TERMINACIÓN:	28 DE FEBRERO DE 2025

CONTRATO NÚMERO:	110-2025
OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL AREA DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACION DE LA E.S.E HOSPITAL INTEGRADO SABANA DE TORRES
VALOR:	OCHO MILLONES TRESCIENTOS DIECISEIS MIL PESOS MCTE ($8.316.000)
FECHA DE INICIO:	01 DE MARZO DE 2025
FECHA DE TERMINACIÓN:	30 DE JUNIO DE 2025

CONTRATO NÚMERO:	244-2025
OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL AREA DE URGENCIAS DE LA E.S.E HOSPITAL INTEGRADO SABANA DE TORRES
VALOR:	OCHO MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS MCTE ($8.800.000)
FECHA DE INICIO:	01 DE JULIO DE 2025
FECHA DE TERMINACIÓN:	31 DE OCTUBRE DE 2025

CONTRATO NÚMERO:	244-2025
OBJETO:	ADICIONAL Y PRORROGA No. 1 al CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION No. 244 del 27 de Junio de 2025, cuyo objeto es: "PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL AREA DE URGENCIAS DE LA E.S.E HOSPITAL INTEGRADO SABANA DE TORRES."
VALOR:	OCHO MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS MCTE ($8.800.000)
FECHA DE INICIO:	01 DE JULIO DE 2025

FECHA DE TERMINACIÓN:	31 DE OCTUBRE DE 2025
VALOR ADICIONAL NO. 1	CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS MCTE ($4.400.000)
PLAZO ADICIONAL	DOS (02) MESES
FECHA FINAL	31 DE DICIEMBRE DE 2025

El objeto contratado tuvo los siguientes alcances:

1. Brindar apoyo al personal médico y enfermeras en la atención a pacientes y/o usuarios de la E.S.E. Hospital Integrado Sabana de Torres en el Área de Urgencias y Hospitalización, igual que en el apoyo a los procedimientos médicos que allí se realicen.
2. Orientar a los usuarios de la E.S.E. Hospital sobre los servicios que presta la entidad y los cuidados médicos conforme al estado de salud individual y las recomendaciones emitidas por el médico.
3. Hacer la anotación respectiva en la historia clínica, notas de enfermería de las actividades de urgencias, procedimientos y hospitalización, registrando fecha -hora, conservando siempre la pertinencia y coherencia por cada actuación.
4. Aplicar las medidas y protocolos de SG-SST y cumplir con las normas de bioseguridad definidas por la institución empleando los elementos de protección personal para el desempeño de sus actividades.
5. Brindar apoyo en las actividades y/o jornadas de salud que organice la E.S.E.
6. Acompañamiento y Traslado de pacientes por remisión a las ciudades de Bucaramanga y Barrancabermeja de acuerdo con programación estipulada por el jefe inmediato.
7. Portar a su coste identificación a través de escarapela, cuando permanezca dentro de la E.S.E, el cual deberá cumplir con los lineamientos de la entidad.
8. Las demás actividades que le asigne el supervisor siempre y cuando se deriven de la naturaleza y esencia del contrato y que sean pertinentes para la óptima ejecución de este.

CONTRATO NÚMERO:	090-2026
OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL AREA DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACION DE LA E.S.E HOSPITAL INTEGRADO SABANA DE TORRES
VALOR:	NUEVE MILLONES CUARENTA Y CUATRO MIL PESOS MCTE ($9.044.000)
FECHA DE INICIO:	08 DE ENERO DE 2026
FECHA DE TERMINACIÓN:	30 DE ABRIL DE 2026
ESTADO:	EN EJECUCIÓN

El objeto contratado tuvo los siguientes alcances:

1. Brindar apoyo al personal médico y enfermeras en la atención a pacientes y/o usuarios de la E.S.E. Hospital Integrado Sabana de Torres en el Área de Urgencias y Hospitalización, igual que en el apoyo a los procedimientos médicos que allí se realicen.
2. Orientar a los usuarios de la E.S.E. Hospital sobre los servicios que presta la entidad y los cuidados médicos conforme al estado de salud individual y las recomendaciones emitidas por el médico.
3. Hacer la anotación respectiva en la historia clínica, notas de enfermería de las actividades de urgencias, procedimientos y hospitalización, registrando fecha -hora, conservando siempre la pertinencia y coherencia por cada actuación.

4. Aplicar las medidas y protocolos de SG-SST y cumplir con las normas de bioseguridad definidas por la institución empleando los elementos de protección personal para el desempeño de sus actividades.
5. Brindar apoyo en las actividades y/o jornadas de salud que organice la E.S.E.
6. Acompañamiento y Traslado de pacientes por remisión a las ciudades de Bucaramanga y Barrancabermeja de acuerdo con programación estipulada por el jefe inmediato.
7. Portar a su coste identificación a través de escarapela, cuando permanezca dentro de la E.S.E, el cual deberá cumplir con los lineamientos de la entidad.
8. Las demás actividades que le asigne el supervisor siempre y cuando se deriven de la naturaleza y esencia del contrato y que sean pertinentes para la óptima ejecución de este.

Se anexa Recibo de Recaudo de Estampillas 2502600250915 por $6.380 Estampilla Pro Hospital $5.800 y Ordenanza 012 de 2005 por $580.

Se anexa comprobante de Ingreso de Estampillas Municipales por valor de $21.000.

Se expide a solicitud Mariela Anaya Aranda, en Sabana De Torres, Santander, a dieciséis (16) días del mes de abril de dos mil veintiséis (2026).

AMD: 094

LINETH VIVIANA RIVERA MURILLO
Subdirectora Administrativa
ESE Hospital Integrado Sabana de Torres

Proyectó: María Alejandra Cárdenas Blanco – Auxiliar Administrativo.

República de Colombia

Gobernación de Santander

RESOLUCIÓN	Código AP-GI-R-02	Tabla Retención Documental	Versión 3	Pág. 1 de 1

RESOLUCIÓN NÚMERO 010338

Por la cual se concede una autorización para el ejercicio profesional

EL SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL

En el ejercicio de la delegación conferida por la Resolución No.2085 de 1989 emanada del Ministerio de Salud y,

CONSIDERANDO:

Que MARIELA ANAYA ARANDA , identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 37.878.108 expedida en SABANA DE TORRES ha solicitado autorización del ejercicio profesional como: AUXILIAR EN ENFERMERIA.

Certificado que le otorgo, UNIDADES TECNICAS DE COLOMBIA U.T.C. el 23 DE JUNIO DE 2012.

RESUELVE :

ARTICULO PRIMERO.- Autorizar a MARIELA ANAYA ARANDA , identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 37.878.108 expedida en SABANA DE TORRES , para ejercer la profesión de : AUXILIAR EN ENFERMERIA en todo el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: Esta Resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

COMUNÍQUESE Y CUMPLASE

18 JUL 2012

RICARDO FLOREZ RUEDA
Secretario de Salud Departamental

Proyectó: ANA VICTORIA MERCHAN CACERES
Revisó: DR. VICTOR GUILLERMO TABOADDA ACUÑA
DR. EMAR SANCHEZ SANCHEZZ

SISPRO - Aplicativos Misionales

Menú

Iniciar Sesión | Registrarse

ReTHUS

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

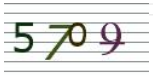
Tipo de Identificación *: Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *: 37878108

Primer Nombre: MARIELA

Primer Apellido: ANAYA

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

7813

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2026-06-09→2:11:49 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	37878108	MARIELA		ANAYA	ARANDA	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) MARIELA ANAYA ARANDA identificado(a) con CC 37878108 registra La siguiente información:

2026-06-09→2:11:49 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar en enfermería	2012-07-18	10338	DTS DEPARTAMENTO DE SANTANDER

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

SISPRO

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

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

Contacto

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

Términos y condiciones

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

MARIELA ANAYA ARANDA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **37.878.108**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 9 de Junio del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) MARIELA ANAYA ARANDA identificado(a) con CC 37878108 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 10/11/2022

Estado de la Afiliación: **Vigente**

IPS: **COOPERATIVA MULTIACTIVA DE TRABAJADORES SANTANDEREANOS SALUD FAMILIA LT**

Categoría: **A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 20 días del mes 10 del año 2026.

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

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS. NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141152556492

(415)7707212489984(8020) 000014115255649 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 7 8 7 8 1 0 8	1	Impuestos y Aduanas de Barrancabermeja 2 9	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	3 7 8 7 8 1 0 8	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Sabana de Torres 6 5 5

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ANAYA	ARANDA	MARIELA	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Sabana de Torres 6 5 5

41. Dirección principal: CR 16 24 355 BRR AEROPUERTO

42. Correo electrónico: felipe9643@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 8 2 4 5 9 7 6 6	3 1 7 2 6 4 6 1 8 1

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	2 0																									

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

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

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 ANAYA ARANDA MARIELA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 297633184

PIB
11:46:53

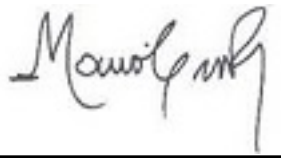
Bogotá DC, 09 de junio del 2026

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) MARIELA ANAYA ARANDA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 37878108:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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



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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 09 de junio de 2026, a las 11:48:09, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	37878108
Código de Verificación	37878108260609114809

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

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 11:49:06 AM horas del 09/06/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **37878108**
Apellidos y Nombres: **ANAYA ARANDA MARIELA**

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

Todos los derechos reservados.

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

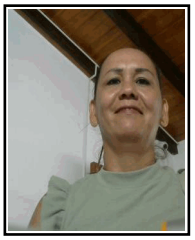
Que a la fecha, 09/06/2026 02:09:37 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **37878108** y Nombre: **MARIELA ANAYA ARANDA.**

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. **141737659** . 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

GOLD MEDIC CENTRO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO IPS SAS
NIT. 901.340.102-1
Carrera 9 N° 14 123 Barrio Carvajal - Cels. 318 523 5825 - 316 694 1609
E-mail. goldmedic.ips@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 17.005

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
21 DÍA	04 MES	2026 AÑO	SABANA DE TORRES (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL PRE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES

CIIU (Actividad Económica) del empleador: **SIN REGISTRAR**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
ANAYA ARANDA MARIELA	FEMENINO	45 AÑOS 11 MESES 8 DÍAS	CC (Tipo)	37878108 (Número)

Cargo: **AUXILIAR DE ENFERMERIA**

EPS	AFP	ARL
NO REFIERE	NO REFIERE	NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR

Observaciones: *NO APLICA*

N/A | NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : NUTRICION: SOBREPESO	USO DE EPP	
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: CC: 1047375163 - GOLDY CAROLINA AGUIRRE

R. M.: 16497 **L.S.O.:** 21828

Código de Seguridad
D873J1P17005

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: ANAYA ARANDA MARIELA

CC: 37878108

República de Colombia Departamento de Santander	RESOLUCIÓN	CÓDIGO	AP-JC-RG-89
		VERSIÓN	5
		FECHA DE APROBACIÓN	22/05/2017
		PÁGINA	1 de 1

RESOLUCIÓN NÚMERO 21828 **DE** 10 DIC 2019

POR LA CUAL SE OTORGA UNA LICENCIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

EL SUSCRITO SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL

En uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en la Ley 1562 de 2012 y la Resolución 04502 de 2012 y,

CONSIDERANDO

Que GOLDY CAROLINA AGUIRRE FORERO, identificado (a) con la cédula de Ciudadanía No. 1047375163, ha solicitado licencia para la prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el trabajo ante la Secretaria de Salud Departamental de Santander.

Que de conformidad con el artículo segundo de la Resolución 04502 del 28 de Diciembre de 2012, el peticionario ha presentado la documentación requerida para la expedición de la Licencia en Salud Ocupacional para la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el trabajo.

Que por lo antes expuesto, el Secretario de Salud Departamental.

RESUELVE:

ARTÍCULO 1: Otórguese LICENCIA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO A: GOLDY CAROLINA AGUIRRE FORERO, MEDICO - ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO identificado(a) con la cédula de Ciudadanía No. 1047375163, en las áreas de Medicina en Seguridad y Salud en el trabajo, Investigación en área técnica, Investigación del accidente de trabajo, Educación, Capacitación, Diseño, Administración y Ejecución del Sistema de gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

ARTÍCULO 2: La licencia de que trata el artículo anterior se concede por el término de Diez (10) años contados a partir de la fecha de expedición de la presente Resolución.

ARTÍCULO 3: Cuando se modifique las condiciones por la cual se otorgó esta licencia, en el término máximo de un mes se debe informar a la Secretaria de Salud de Santander para la modificación de la misma.

ARTÍCULO 4: Esta licencia es válida en todo el Territorio Nacional y tendrá carácter personal e intransferible.

ARTÍCULO 5: Contra la presente Resolución procede los recursos legales

NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE,
Dado en Bucaramanga a los 10 DIC 2019

LUIS ALEJANDRO RIVERO OSORIO
Secretario De Salud Departamental

NOTIFICACIÓN

En la oficina de Salud Ocupacional de la Secretaria de Salud de Santander

Comparece: Goldy Carolina Aguirre Forero

Con cédula de ciudadanía Número: 1 047 375 163.

Expedida en: 30 Junio 2004. Cartagena

Fecha: 13 Enero 2020

Notificado:

Autorizado ☐



Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 4368d23d-f15f-47f6-b1f2-a35f50eb2897

Nombres y apellidos / Full name: **MARIELA ANAYA ARANDA**

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

Número de identificación / ID Number: **3 7 8 7 8 1 0 8**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **12/05/1980**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3172646181**

Correo electrónico / e-mail:

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Dia / Day	Mes / Month	Año / Year				
COVID SINOVAC	Primera	03	04	2021		E202102012	SABANA DE TORRES ESE HOSPITAL INTEGRADO	ALBERTO PRADA
COVID SINOVAC	Segunda	11	05	2021	Sinovac	C202104054	SABANA DE TORRES ESE HOSPITAL INTEGRADO	BETSABE CARVAJAL
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	16	06	2023	BUTANTAN	230050	SABANA DE TORRES ESE HOSPITAL INTEGRADO	BETSABE CARVAJAL
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	25	10	2024	Green Cross	V50524002	SABANA DE TORRES ESE HOSPITAL INTEGRADO	BETSABE CARVAJAL
Sarampión Rubéola	Adicional	24	02	2026	Serum	0095N001A	SABANA DE TORRES ESE HOSPITAL INTEGRADO	BETSABE CARVAJAL CORDERO - CC36457147 - ACTIVO

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

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

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

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

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

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

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

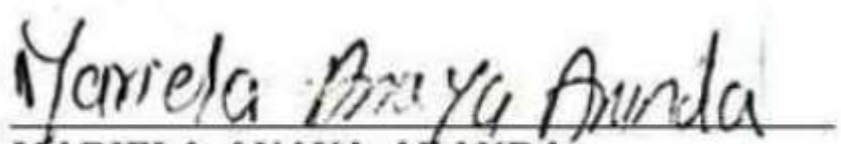
The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

Sabana de Torres, Junio 09 de 2026

AUTORIZACIÓN

Yo, **MARIELA ANAYA ARANDA,** identificado con cedula de Ciudadanía No. 37.878.108 Expedida en Sabana de Torres, Autorizo al **ESE HOSPITAL INTEGRADO SABANA DE TORRES,** identificado con Nit No. 800.064.543-4, a consultar la línea de registro de inhabilidades sobre delitos sexuales, con menores de edad, así como las actualizaciones que den ligar, de acuerdo al decreto 753 del 30 de abril de 2019 y demás normas concordantes y complementarias.

Atentamente,



MARIELA ANAYA ARANDA
C.C. 37.878.108
Felipe9643@hotmail.com

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 11:50:28 horas del 09/06/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **37878108,** Apellidos y Nombres **ANAYA ARANDA MARIELA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE HOSPITAL INTEGRADO SABANA DE TORRES**, con NIT **800064543-4** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7- 47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que MARIELA ANAYA ARANDA, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 37.878.108 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuenta de Ahorros Cuentas Privadas No. 259162964, abierta/o desde el 6/12/2020.

Se expide en Bogotá el día 17 del mes de Octubre del año 2026 con destino a: Hospital entregado sabana de torres



_____

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

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 37878108 **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 09/06/2026 02:12 PM

Código Verificación: **2CA35L48SV**

Válida hasta: **07/09/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CIL LATAM
ENTRETENIMIENTO & EDUCACIÓN

LA CORPORACIÓN INTERNACIONAL LÍDERES LATINOAMÉRICA

NIT 830.086.471-6

Hace constar que:

MARIELA ANAYA ARANDA

Identificado(a) con C.C. 37878108

Cursó y aprobó los estudios correspondiente al:

CURSO

FORMACION EN ATENCION INTEGRAL EN SALUD PARA

VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GENERO

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Con una intensidad horaria de Cincuenta (50) Horas

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (10) días del mes de diciembre del año 2024

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional de Colombia

Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección de Colombia

VALIDAR CERTIFICADO

BEATRIZ EUGENIA RAMOS SUAZA
Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Critico
Rehabilitación Cardiopulmonar y
Certificación AHA como proveedor en salud

LUIS CARLOS PRADA PRADA
Director
Corporación Internacional Líderes Latinoamérica

La validez del documento también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo academico@cillatinoamerica.com.co

Escaneado con CamScanner

CIL LATAM
ENTRETENIMIENTO & EDUCACIÓN

LA CORPORACIÓN INTERNACIONAL LÍDERES LATINOAMÉRICA

NIT 830.086.471-6

Hace constar que:

MARIELA ANAYA ARANDA

Identificado(a) con C.C. 37878108

Cursó y aprobó los estudios correspondiente al:

CURSO

SOPORTE VITAL BASICO (BLS)

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Con una intensidad horaria de Veinte (20) Horas

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (10) días del mes de diciembre del año 2024

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional de Colombia

Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección de Colombia

VALIDAR CERTIFICADO

BEATRIZ EUGENIA RAMOS SUAZA
Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Critico
Rehabilitación Cardiopulmonar y
Certificación AHA como proveedor en salud

LUIS CARLOS PRADA PRADA
Director
Corporación Internacional Líderes Latinoamérica

La validez del documento también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo academico@cillatinoamerica.com.co

Escaneado con CamScanner

CIL LATAM
ENTRETENIMIENTO & EDUCACIÓN

LA CORPORACIÓN INTERNACIONAL LÍDERES LATINOAMÉRICA

NIT 830.086.471-6

Hace constar que:

MARIELA ANAYA ARANDA

Identificado(a) con C.C. 37878108

Cursó y aprobó los estudios correspondiente al:

CURSO

FORMACION EN ATENCION INTEGRAL EN SALUD PARA VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUIMICOS

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Con una intensidad horaria de Cincuenta (50) Horas

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (10) días del mes de diciembre del año 2024

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional de Colombia

Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección de Colombia

VALIDAR CERTIFICADO

BEATRIZ EUGENIA RAMOS SUAZA
Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Critico
Rehabilitación Cardiopulmonar y
Certificación AHA como proveedor en salud

LUIS CARLOS PRADA PRADA
Director
Corporación Internacional Líderes Latinoamérica

La validez del documento también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo academico@cillatinoamerica.com.co

Escaneado con CamScanner

CIL LATAM
ENTRETENIMIENTO & EDUCACIÓN

LA CORPORACIÓN INTERNACIONAL LÍDERES LATINOAMÉRICA

NIT 830.086.471-6

Hace constar que:

MARIELA ANAYA ARANDA

Identificado(a) con C.C. 37878108

Cursó y aprobó los estudios correspondiente al:

CURSO

FORMACION EN ATENCION INTEGRAL EN SALUD PARA MANEJO Y GESTION DEL DUELO

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Con una intensidad horaria de Cincuenta (50) Horas

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (10) días del mes de diciembre del año 2024

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional de Colombia

Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección de Colombia

VALIDAR CERTIFICADO

BEATRIZ EUGENIA RAMOS SUAZA
Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Critico
Rehabilitación Cardiopulmonar y
Certificación AHA como proveedor en salud

LUIS CARLOS PRADA PRADA
Director
Corporación Internacional Líderes Latinoamérica

La validez del documento también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo academico@cillatinoamerica.com.co

Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner

CIL LATAM
ENTRETENIMIENTO & EDUCACIÓN

LA CORPORACIÓN INTERNACIONAL LÍDERES LATINOAMÉRICA

NIT 830.086.471-6

Hace constar que:

MARIELA ANAYA ARANDA

Identificado(a) con C.C. 37878108

Cursó y aprobó los estudios correspondiente al:

CURSO

FORMACION EN HUMANIZACION Y CALIDAD

EN SERVICIOS DE SALUD

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Con una intensidad horaria de Cincuenta (50) Horas

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (10) días del mes de diciembre del año 2024

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional de Colombia

Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección de Colombia

VALIDAR CERTIFICADO

BEATRIZ EUGENIA RAMOS SUAZA
Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Critico
Rehabilitación Cardiopulmonar y
Certificación AHA como proveedor en salud

LUIS CARLOS PRADA PRADA
Director
Corporación Internacional Líderes Latinoamérica

La validez del documento también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo academico@cillatinoamerica.com.co

Escaneado con CamScanner

CIL LATAM
ENTRETENIMIENTO & EDUCACIÓN

LA CORPORACIÓN INTERNACIONAL LÍDERES LATINOAMÉRICA

NIT 830.086.471-6

Hace constar que:

MARIELA ANAYA ARANDA

Identificado(a) con C.C. 37878108

Cursó y aprobó los estudios correspondiente al:

CURSO
FORMACION EN TRIAGE EN URGENCIAS

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Con una intensidad horaria de Cincuenta (50) Horas

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (10) días del mes de diciembre del año 2024
En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional de Colombia
Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección de Colombia

VALIDAR CERTIFICADO

BEATRIZ EUGENIA RAMOS SUAZA
Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Critico
Rehabilitación Cardiopulmonar y
Certificación AHA como proveedor en salud

LUIS CARLOS PRADA PRADA
Director
Corporación Internacional Líderes Latinoamérica

La validez del documento también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo academico@cillatinoamerica.com.co

Escaneado con CamScanner

e85-ba1a-7810ac1f1c2e

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

mariela anaya aranda

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

Diagnóstico y manejo clínico del dengue

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 70,00 %

21 de agosto de 2023

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

FIU | Robert Stempel College of Public Health & Social Work
FLORIDA INTERNATIONAL UNIVERSITY

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://mooc.campusvirtualsp.org/mod/simplecertificate/verify.php?code=64e420ba-7368-4e85-ba1a-7810ac1f1c2e

Scanned with CamScanner

INFORME DE REVISIÓN Y VERIFICACIÓN.

De conformidad con la invitación realizada por la **E.S.E HOSPITAL INTEGRADO SABANA DE TORRES**, teniendo en cuenta la oferta presentada y los documentos que la integran, se procede a realizar el análisis de idoneidad de acuerdo con las siguientes condiciones:

OBJETO: "PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN EL PROCESO DE AUXILIATURA DE ENFERMERIA EN EL AREA DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACION DE LA E.S.E HOSPITAL INTEGRADO SABANA DE TORRES."

PLAZO DE EJECUCIÓN: HASTA EL 31 DE ENERO DE 2027, que se contabilizaran desde el cumplimiento de requisitos de perfeccionamiento y la suscripción del acta de inicio.

PRESUPUESTO OFICIAL: Se estima un presupuesto de **OCHO MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL PESOS MCTE ($8.596.000),** incluidos todos los impuestos, tasas y contribuciones establecidos por las diferentes autoridades nacionales, departamentales o municipales que este obligada a pagar la Entidad como sujeto pasivo de tales tributos. El precio remunera la totalidad de costos directos e indirectos derivados de la ejecución del objeto y alcance del contrato.

PRESENTACIÓN DE PROPUESTAS: En la fecha y hora de cierre de la invitación, se encontró una (1) propuesta en original presentada por:

No.	Oferente
1	**MARIELA ANAYA ARANDA**

Los Valores de la anterior propuesta leída directamente de la carta de presentación de la propuesta son los siguientes:

No.	Oferente	Valor
1	**MARIELA ANAYA ARANDA**	$ 8.596.000

VERIFICACIÓN DE REQUISITOS HABILITANTES:

A continuación, se muestra la verificación hecha a la oferta presentada por **MARIELA ANAYA ARANDA** identificada con cedula de ciudadanía No. 37.878.108 expedida en el Municipio de Sabana de Torres (Santander), de acuerdo con la invitación realizada:

DOCUMENTOS	CUMPLE / NO CUMPLE
Propuesta (Debe aceptar las condiciones anteriormente descritas y certificar que no halle incurso en inhabilidades ni compatibilidades, relacionando los documentos soportes)	**CUMPLE**
Formato Único de Hoja de Vida – SIGEP,	**CUMPLE**
Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía.	**CUMPLE**
Fotocopia de la Tarjeta Profesional. (si aplica).	**NO APLICA**
Certificado de Antecedentes Disciplinarios o certificado según profesión que corresponda.	**NO APLICA**
Resolucion que autoriza la prestacion del servicio	**CUMPLE**
Consulta RETHUS	**CUMPLE**
Certificado definición situación militar (https://www.libretamilitar.mil.co). At. 20 de la Ley 1780 de 2016 – (si aplica)	**NO APLICA**
Certificado de Antecedentes disciplinarios expedido por la Procuraduría General de la Nación	**CUMPLE**
Certificado de Antecedentes Fiscales expedido por la Contraloría General de la República	**CUMPLE**
Certificado Antecedentes judiciales expedido por la Policía Nacional	**CUMPLE**
Verificación en el sistema registro nacional de medidas correctivas de infracciones o multas de la ley 1801 de 2016. Código de Policía y conveniencia- Policía Nacional.	**CUMPLE**
Acreditar que se encuentra afiliado cotizante independiente al sistema de seguridad social integral (salud y pensión) y se encuentra activo (al día en los pagos)	**CUMPLE**
Certificado de Registro Único Tributario expedido por la DIAN (RUT)	**CUMPLE**
Certificado médico pre ocupacional expedido por médico especialista en salud y su respectiva resolución que lo acredite.	**CUMPLE**

Certificado de cuenta Bancaria	**CUMPLE**
Certificados de estudio: diplomas y actas de grado.	**CUMPLE**
Certificados de experiencia laboral relacionada.	**CUMPLE**
Certificado de registro de deudores alimentarios morosos REDAM	**CUMPLE**
Autorizacion para la consulta de delitos sexuales	**CUMPLE**
Certificado de Consulta de delitos sexuales	**CUMPLE**

CONCLUSIÓN:

De acuerdo con los términos establecidos en la invitación realizada, se puede concluir que la oferta presentada por **MARIELA ANAYA ARANDA** identificada con cedula de ciudadanía No. 37.878.108 expedida en el Municipio de Sabana de Torres (Santander), cumple con los requisitos de experiencia e idoneidad, siendo favorable e idónea para la entidad, puesto que:

- Cumple con las condiciones económicas exigidas por la E.S.E.
- Cumple con los requisitos mínimos habilitantes establecidos en la Invitación
- No se encuentra incurso en ninguna de las inhabilidades e incompatibilidades contempladas en el artículo 8 de la ley 80 de 1.993.
- Posee la experiencia e idoneidad requerida.
- El valor de la propuesta económica atiende los precios básicos del mercado.
- La propuesta se ajusta al objeto y alcances requeridos por la E.S.E.

Para constancia de lo anterior se firma en Sabana de Torres, el **30 DE OCTUBRE DE 2026**

Atentamente.

PAOLA FERNANDA RIOS GÓMEZ
Gerente

Proyecto y Reviso Aspectos Juridicos: Giovanny Humberto Duran Romero – Abg Contratista E.S.E