	HOSPITAL CASTILLA LA NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NIT 900.004.059-7			
	LISTA DE VERIFICACION HOJAS DE VIDA			
	CÓDIGO	FECHA	VERSIÓN	Documento Controlado
	TH-F-04	17-02-2026	08	Página 1 de 1

MUNICIPIO DE CASTILLA LA NUEVA

NOMBRE Y APELLIDOS: tatiana Olarte **FECHA DE VERIFICACIÓN:**

#	CRITERIO DE CUMPLIMIENTO	SI	NO	N/A
1	Acto administrativo de nombramiento (nomina)			✓
2	Acta de posesión (nomina)			✓
3	Soporte del pago estampilla (nomina)	✓		
4	Hoja de Vida DAFP – Actualizada y Descargada del SIGEP II (Debe reflejar el presente de la persona)	✓		
5	Declaración Juramentada de Bienes y Rentas – Actualizada y Descargada del SIGEP II (Debe reflejar el presente de la persona)	✓		
6	Registro de los Conflictos de Interés - Ley 2013 de 2019 Función Pública - Aplicativo por la Integridad Pública	✓		
7	Declaración de Inhabilidades e incompatibilidades. (Presentación del Formulario del Hospital).	✓		
8	Cédula de Ciudadanía al 150% - Copia Simple con resolución de buena calidad.	✓		
9	Registro Único Tributario RUT – Actualizada. (Expedición No superior a un mes) - Copia Simple con resolución de buena calidad.	✓		
10	Libreta Militar o Documento que Resuelve Situación Militar - Copia Simple con resolución de buena calidad.			✓
11	Carnet de Vacunas Completo - Copia Simple con Resolución de buena calidad.	✓		
12	Examen Médico Ocupacional por Perfil (Hospital)	✓		
13	Constancia de Afiliación a EPS, Fondo de Pensión y ARL (Expedición no superior a 2 meses) (N/A ARL será afiliado por el Hospital)	✓		
14	Formato de Confidencialidad y No Divulgación de Información. (Formulario del Hospital).	✓		
15	Autorización de Trata de Datos Personales y Consulta de Antecedentes, en especial, Delitos Sexuales. (Formulario del Hospital).	✓		
16	Certificado de Antecedentes Disciplinarios Expedido Por la Procuraduría General de la Nación. (Expedición no superior a 1 mes)	✓		
17	Certificado de Antecedentes Fiscales Expedido Por la Contraloría General de la Republica. (Expedición no superior a 1 mes)	✓		
18	Certificado de Antecedentes Judiciales Expedido Por la Policía Nacional de Colombia. (Expedición no superior a 1 mes)	✓		
19	Certificado de Antecedentes Medidas Correctivas Expedido Por el RNMC. (Expedición no superior a 1 mes)	✓		
20	Certificado delitos sexuales Expedido Por la Policía Nacional de Colombia. (Expedición no superior a 1 mes)	✓		
21	Certificado del Registro de Deudores Alimentarios Morosos. (Expedición no superior a 1 mes)	✓		
22	Certificación Bancaria (Vigencia no superior a 30 días)	✓		
23	Tarjeta Profesional al 150% - Copia Simple con Resolución de buena calidad.	✓		
24	Diploma de Grado - Copia Simple con Resolución de buena calidad.			
25	Acta de Grado - Copia Simple con Resolución de buena calidad.	✓		
26	Antecedentes Profesionales, Comprobante de No Estar Inhabilitado Para Ejercer la Profesión y Vigencia de la Tarjeta Profesional.			
27	Cursos, Diplomados, Posgrados, ETC. (Sólo se debe relacionar estudios del perfil profesional según la necesidad)			
28	Convalidación por Parte de Autoridad Competente Para Títulos Obtenidos en el Extranjero.			
29	Certificación Laboral Relacionada (Que tenga relación con el perfil de la necesidad)			
30	Licencia de Conducción y RUNT sin multas de tránsito (Paramédicos, Auxiliares Vacunación y Profesionales con Rodamiento).			
	DOCUMENTACIÓN ADICIONAL POR PERFIL			
31	Humanización (Todos los Asistenciales Administrativos y de Salud).			
32	Competencia en Atención al Usuario (Todos los Asistenciales Administrativos y de Salud)			
33	Autorización Para Ejercer Profesión – RETHUS Actualizado (Médicos, Enfermeras, Aux. Enfermería, Odontología, Bacteriólogo, Nutricion, Psicólogo, etc.)			
34	Acreditación del Servicio Social Obligatorio (Bacteriología, Enfermería, Medicina, Odontología, etc.) - Copia Simple.			
35	Competencia en Soporte Vital Avanzado (Médico, Enfermeros Profesionales, auxiliares de enfermería de urgencias y hospitalización)			
36	Competencia en Soporte Vital Básico (Médico, Enfermeros Profesionales, auxiliares de enfermería)			
37	Competencia en AIEPI Clínico (Médico, Enfermeras Profesionales, pediatra)			
38	Atención a Personas Víctimas de Ataques con Agentes Químicos. (Paramédicos, Médicos, Enfermeras, auxiliares de enfermería, psicólogo, nutrición)			
39	Competencias Esenciales Para el Cuidado del Donante Expedida por el INS (Médicos)			
40	Atención a Población Víctima del Conflicto Armado (Médico, Enfermera, Aux enfermería, Odontólogo, Bacteriólogo, Nutricionista, Psicólogo)			
41	Interrupción Voluntaria del Embarazo (Médicos, Enfermera, y Psicólogo, ginecología.)			
42	Curso Atención a Víctimas de Violencia Sexual (Médico, Enfermeras, Aux Enfermería, Odontólogo, Bacteriólogo, Nutrición, Psicólogo, especialistas).			
43	Asesoría Pre y Post VIH (Médico, Enfermera, Psicólogo)			
44	Atención del Parto (Médico, ginecología)			
45	Gestión del Duelo (Médico, Enfermera, psicología)			
46	Medición automática de la tensión arterial OPS (Médicos, Enfermera, Aux Enfermería)			
47	Curso manejo integral del dengue OPS (Médico, Enfermera, Aux Enfermería, Bacterióloga)			
48	Competencia en Administración de Inmunobiológicos PAI (Auxiliares de Vacunación, Coordinadora, PAI)			
49	Competencia AIEPI Comunitario (Personal Asistencial de Actividades Extramurales) (Programas)			
50	Competencia en Toma de Muestras de Labor Clínico (Personal de Enfermería y de Laboratorio)			
51	Curso de Primeros Auxilios (Conductores y Paramédicos)			
52	Carnet de Radio Protección (Radiólogo y Tecnólogo Radiología)			
53	Mecánica básica (conductores)			
54	Manejo defensivo (conductores)			
55	Manejo de residuos hospitalarios (servicios generales)			
56	Curso de facturación en salud (facturadoras, radicación, glosas)			
57	**Constancia de Idoneidad, Experiencia Requerida y Relacionada. (Verificación de Talento Humano, SG-SST, Calidad).**			
58	**Formato inducción y reinducción (nomina)**			
59	**Formato evaluación inducción y reinducción (nomina)**			

NOMBRE DE QUIEN VERIFICA Camilla H

Castilla La Nueva - Meta, el 03 de noviembre de 2026

Recibo 03/11/2026

Dra.:
JULIA YANETH IBARRA RODRIGUEZ
TESORERO GENERAL
Hospital de Castilla la Nueva E.S.E.

Ref. **PROPUESTA PARA PROCESO DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS 2026-389**

Cordial saludo,
LEYDI TATIANA OLARTE ÑAÑEZ, quien se identifica con cédula de ciudadanía número 31.021.681 expedida en Castilla La Nueva – Meta, está interesado en enviar una PROPUESTA para un contrato de prestación de servicios, cuyo objeto ***"PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS PARA DIRIGIR EL FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA, LA DEPURACIÓN CONTABLE Y EL RECAUDO EFECTIVO DE LA CARTERA DEL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E"*** de acuerdo a los requerimientos y calidades establecidas por la entidad.

1. **LOS TÉRMINOS EN LOS CUALES SE DESARROLLARÁ EL CONTRATO SON LOS SIGUIENTES:**

1.1. PLAZO DE EJECUCIÓN: El plazo de ejecución será de **UN (01) MES Y VEINTISEIS (26) DÍAS**, contados a partir de la fecha de suscripción del Acta de Inicio por parte del SUPERVISOR y EL CONTRATISTA, previo el cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y legalización del contrato.

1.2. VALOR TOTAL DEL CONTRATO: Una vez analizada las condiciones contractuales en cuanto el Objeto contractual, las obligaciones generales y específicas, y por esto, la cantidad de tiempo físico que me tomará brindarle mis servicios al HOSPITAL para suplir la necesidad, establezco como valor por la prestación de mis servicios la suma de: **SIETE MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y UN MIL SETECIENTOS TREINTA Y TRES PESOS($7.731.733) M/CTE**

1.3. FORMA DE PAGO: El HOSPITAL girará los recursos objeto del CONTRATO, así:

El Hospital de Castilla La Nueva E.S.E cancelará el valor del contrato de la siguiente manera: **A)** En mensualidades vencidas, iguales y sucesivas por valor de **CUATRO MILLONESCIENTO CUARENTA Y DOS MIL PESOS ($4.142.000) M/CTE**, y/o proporcional por fracción de tiempo ejecutado, siempre y cuando se cumpla con el objeto del contrato, previa presentación del informe de actividades desarrolladas, la respectiva factura de venta y/o cuenta de cobro, certificación de pago de aportes al SGSSS y aportes parafiscales, y la certificación de cumplimiento por el supervisor del contrato. **PARÁGRAFO PRIMERO:** El CONTRATISTA deberá acreditar que se encuentra al día en el pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social Integral en Salud, Pensión y riesgos laborales, de conformidad con el parágrafo 1° del artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, y la Ley 1562 de 2012 y el Decreto 723 de 2013. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** A la cuenta se le harán los descuentos de ley y el valor neto obtenido se pagará previos los trámites administrativos establecidos por la entidad. El HOSPITAL efectuará las deducciones a que haya lugar sobre cada pago, de conformidad con lo dispuesto en la legislación vigente sobre la materia. En todo caso, los pagos antes previstos estarán sujetos al Programa Anual de Caja (PAC), de la entidad. Una vez aceptada la cuenta el HOSPITAL cuenta con diez (10) días para el desembolso efectivo. **PARAGRAFO TERCERO:** El pago será cancelado por medio de la Tesorería Hospital, a través de la consignación en cuenta corriente o de ahorros que el contratista señale en una de las entidades financieras afiliadas al sistema automático de pagos y/o cheque de acuerdo a la solicitud por parte del contratista, previos los descuentos de ley. **PARÁGRAFO CUARTO:** EL HOSPITAL, sólo adquiere obligaciones con el proponente favorecido en el proceso de contratación y bajo ningún motivo o circunstancia aceptará pagos a terceros.

1.4. OBLIGACIONES ESPECÍFICAS A DESARROLLAR POR EL CONTRATISTA:

EL CONTRATISTA será responsable y se obliga a: **1**. Realizar un informe consolidado del estado actual de la cartera de la E.S.E., clasificada por edades (corriente, 90, 180, 360 y más de 360 días) y por tipo de entidad responsable de pago (EPS, SOAT, ARL, Entidades Territoriales), que sirva como línea base para la gestión. **2**. Emitir conceptos técnicos y actas de recomendación de depuración de cartera para aquellas cuentas que, por normatividad vigente, apliquen para castigo de cartera, remisión o depuración definitiva en los estados financieros. **3**. Proyectar y remitir las comunicaciones, requerimientos escritos y cuentas de cobro persuasivo dirigidas a los representantes legales de las entidades deudoras, manteniendo un archivo digital indexado de los soportes de envío y recibido. **4**. Elaborar un reporte mensual de cruce de información entre los giros recibidos (ADRES, pagos directos de EPS), con los realmente identificados y contabilizados. **5**. Estructurar y consolidar los anexos técnicos, archivos planos e informes periódicos con destino a la Superintendencia Nacional de Salud, Ministerio de Salud y Protección Social, y demás entes de control, garantizando su entrega oportuna para el respectivo cargue en las plataformas (SIHO, circular única, etc.). **6**. Diseñar y actualizar mensualmente un tablero de control (en Excel o la herramienta dispuesta por el Hospital) que mida la efectividad del recaudo, el porcentaje de glosa respondida y el estado de la cartera recuperada. **7.** EL CONTRATISTA convocará mesas de trabajo con las diferentes dependencias y profesionales que intervienen de forma directa o indirecta el proceso de facturación y cartera. **8**. Consolidar, depurar y proyectar el reporte semestral con destino al Boletín de Deudores Morosos del Estado (BDME), identificando a las personas naturales o jurídicas que tengan obligaciones contraídas con el Hospital de Castilla la Nueva E.S.E. **9**. Agotada la instancia de cobro persuasivo, el contratista comunicará tal situación a gerencia para iniciar cobros en instancias ante la superintendencia de salud o el proceso judicial correspondiente. **10.** EL CONTRTATISTA, analizará mensualmente el saldo de las consignaciones pendientes de identificar. **11**. El contratista deberá presentar, al finalizar la ejecución del contrato, un informe final de gestión que describa de manera detallada las actividades desarrolladas, los resultados obtenidos, el cumplimiento de las obligaciones contractuales, los avances alcanzados y las recomendaciones pertinentes, acompañado de los soportes que evidencien su ejecución, como requisito para el trámite del pago final del contrato. **12.** El contratista, en el marco de su autonomía, podrá atender las invitaciones del Hospital para participar en reuniones o eventos institucionales vinculados al contrato. **13.** Las demás que se deriven de la naturaleza del contrato y que garanticen su cabal y oportuna ejecución.

2. ANEXOS:

Para la presentación de la respectiva cotización anexo la siguiente información que fue requerida:

1. Hoja de vida según formato del Hospital.

Cordialmente,



LEYDI TATIANA OLARTE ÑAÑEZ
C.C. No. 31.021.681 expedida en Castilla La Nueva – Meta.
Dirección: MZ B CASA 24 BRR VILLA MARIA.
Teléfono: 3134194537
Email: tatiana.olarte17@gmail.com

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Olarte	Ñañez	Leydi Tatiana

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 31021681	F ⊗ M ○ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 17 MES 07 AÑO 1984	CALLE 1 1 1 MZ O CASA 24 BRR VILLA MARIA			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	META
DEPTO	BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO	GUAMAL		
MUNICIPIO	BOGOTÁ. D.C.	TELÉFONO	3134194537	EMAIL	tatiana.olarte17@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2000
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN FINANZAS PUBLICAS	09	2021	
PREGRADO	10	X		ADMINISTRACION PUBLICA	02	2016	1099884-T

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

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

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

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 ALCALDIA DE GUAMAL - META			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* GUAMAL						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3107860312	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	22	*Mes*	09	*Año*	2026	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CPS PROFESIONAL PRESUPUESTO	*DEPENDENCIA* SECRETARIA ADMININSTRATIVO Y FINANCIERA						*DIRECCIÓN* CALLE 13 7 9					

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* CASTILLA LA NUEVA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6086751118	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	02	*Año*	2026	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA - CARTERA						*DIRECCIÓN* CARRERA 8 15 null Via Cacayal					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL GUAMAL			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* GUAMAL					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3138147214	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	05	*Mes*	01	*Año*	2026	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA - CARTERA					*DIRECCIÓN* CARRERA 7 4 28						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE GUAMAL - META			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* GUAMAL					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3107860312	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	28	*Mes*	01	*Año*	2026	*Día*	27	*Mes*	08	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL CPS PROFESIONAL PRESUPUESTO	*DEPENDENCIA* SECRETARIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA					*DIRECCIÓN* CALLE 13 7 9						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* CASTILLA LA NUEVA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6086751118	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	05	*Mes*	01	*Año*	2026	*Día*	31	*Mes*	01	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA - CARTERA					*DIRECCIÓN* CARRERA 8 15 null Via Cacayal						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL GUAMAL			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* GUAMAL					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	07	*Mes*	01	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL-CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PROFESIONAL DE CARTERA Y FACTURACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 7 14 28 Brr Fundadores						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* CASTILLA LA NUEVA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6751083	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	11	*Mes*	06	*Año*	2025	*Día*	26	*Mes*	12	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* "CARTERA"					*DIRECCIÓN* CARRERA 8 15 null Via Cacayal						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE PUERTO GAITAN			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* PUERTO GAITÁN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	19	*Mes*	08	*Año*	2025	*Día*	18	*Mes*	12	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE HACAIENDA						*DIRECCIÓN* CALLE 10 10 60 CENTRO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE PUERTO GAITAN			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* PUERTO GAITÁN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	24	*Mes*	01	*Año*	2025	*Día*	23	*Mes*	07	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE HACIENDA						*DIRECCIÓN* CALLE 10 10 60 Centro					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL GUAMAL			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* GUAMAL						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	09	*Mes*	09	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL- CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PROFESIONAL DE CARTERA Y FACTURACION						*DIRECCIÓN* CARRERA 7 14 28					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL DE SAN CARLOS DE GUAROA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* SAN CARLOS DE GUAROA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3219954877	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	21	*Mes*	06	*Año*	2024	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL APOYO ADMINISTRIVO	*DEPENDENCIA* APOYO SUBGERENCIA ADMINISTRATI						*DIRECCIÓN* CALLE 6 7 14					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE PUERTO GAITAN			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* PUERTO GAITÁN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3203750721	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	26	*Mes*	07	*Año*	2024	*Día*	25	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL CONTRATRISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE HACIENDA						*DIRECCIÓN* CALLE 10 10 60 Barrio Centro					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* CASTILLA LA NUEVA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6751118	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	01	*Año*	2017	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL TESORERO GENERAL	*DEPENDENCIA* TESORERO GENERAL						*DIRECCIÓN* CALLE 15 8 0 Via Cacayal					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD O&P INGENIERA SAS			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* CASTILLA LA NUEVA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6012576943	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	20	*Mes*	02	*Año*	2014	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASISTENTE ADMINISTRATIVO (ARCH	*DEPENDENCIA* APOYO A GESTION DOCUMENTAL						*DIRECCIÓN* CALLE 93 15 59 OF 104					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* CASTILLA LA NUEVA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 986750293	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	18	*Mes*	01	*Año*	2011	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2011
CARGO O CONTRATO ACTUAL 553 01. CONTRATO DE PRESTACION	*DEPENDENCIA* APOYO ADMINISTRATIVO						*DIRECCIÓN* CARRERA 8 15 0 VIA CACAYAL					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* CASTILLA LA NUEVA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6750293	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	18	*Mes*	01	*Año*	2011	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2011
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE SALUD	*DEPENDENCIA* AUXILIAR AREA DE SALUD						*DIRECCIÓN* CARRERA 10 4 43					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE CASTILLA LA NUEVA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* CASTILLA LA NUEVA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 986751051	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	19	*Mes*	07	*Año*	2010	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2010
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO GENERACION DE INFORMAC	*DEPENDENCIA* APOYO ADMINISTRATIVO						*DIRECCIÓN* CARRERA 10 4 43					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* CASTILLA LA NUEVA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 986750293	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	02	*Año* 2008	*Día*	07	*Mes*	04	*Año*	2008	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ALMACENISTA- SECRETARIA DE GER	*DEPENDENCIA* ADMNISTRAITIVA DE GERENCIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 10 4 43						

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	11	3
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	10
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	9
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Tabaio U Castilla.

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.

Castilla la Nueva

Ciudad y fecha

Karol Giraldo Pena

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	INGRESO	Fecha de publicación	2026-01-15 11:00

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
LEYDI	TATIANA	OLARTE	ÑAÑEZ

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	31021681

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	BOGOTÁ. D.C.	Municipio	BOGOTÁ. D.C.

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	GUAMAL

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 DE CASTILLA LA NUEVA

Lugar de sede					
País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	CASTILLA LA NUEVA
Dirección	["carrera 10 No.4-43 barrio centro"]				
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	$133.260.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$133.260.000,00

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	$121.376.558,00
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$575.951,00
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$1.314.900,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
INMUEBLE - APARTAMENTO	COLOMBIA	META	CASTILLA LA NUEVA	$35.000.000,00
MUEBLE - VEHICULO	COLOMBIA	META	VILLAVICENCIO	$37.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
TARJETA DE CREDITO	$1.820.779,00

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 INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
PEDRO	NEL	GUARIN	ALDANA

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 17390434

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:

Castilla la Nueva-Meta, a los_____ de _____ de _____

Señores:
HOSPITAL CASTILLA LA NUEVA E.S.E.
Ciudad.

Manifiesto bajo la gravedad de juramento que entiendo las inhabilidades e incompatibilidad establecidas en la ley y mediante la suscripción del presente formulario SI_____ NO_X_ me encuentro incurso en alguna de las causales de inhabilidad o incompatibilidad para celebrar contratos con su entidad, en relación las siguientes:

FUENTE	INHABILIDAD	SI	NO
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal a)	¿Está inhabilitado para contratar con el estado de conformidad con las causales establecidas en la constitución o la ley?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal b)	¿En los últimos cinco (5) años ha participado en licitaciones o celebrados contratos estando inhabilitado para contratar con el estado?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal c)	¿En los últimos cinco (5) años le han declarado la caducidad de un contrato estatal?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal d)	¿En los últimos cinco (5) años ha sido condenado a la pena accesoria de interdicción de derechos y funciones públicas, o ha sido sancionado disciplinariamente con destitución?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal e)	¿En los últimos cinco (5) años ha dejado de suscribir –sin justa causa- un contrato estatal que le hubiere sido adjudicado?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal f)	¿Es servidor público?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal g)	Para el presente proceso ha presentado o estima presentar propuesta su cónyuge o compañero permanente, un pariente hasta el segundo grado de consanguinidad, ¿o segundo de afinidad?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal h)	¿Tiene su representante legal o alguno de sus socios (salvo en las sociedades anónimas abiertas) vínculos de parentesco hasta el segundo grado de consanguinidad, o segundo de afinidad con el representante legal o los socios de otra sociedad que haya presentado o estime presentar propuesta para el presente proceso?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal i)	• ¿Ha sido socio de alguna persona jurídica a la que le haya sido declarada la caducidad en los últimos cinco (5) años? • ¿La persona jurídica tiene algún socio que anteriormente haya sido socio de otra persona jurídica a la que le fuera declarada la caducidad en los últimos cinco (5) años?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal j) modificado por el artículo 31 de la Ley 1178 de 2016.	• ¿Ha sido declarado usted responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la administración pública, o por delitos o faltas contempladas en la Ley 1474 de 2011, o por cualquiera de las conductas delictivas contempladas por las convenciones o tratados de lucha contra la corrupción suscritos y ratificados por Colombia?		X

	• ¿En el caso de personas jurídicas (incluidas matrices y subordinadas – salvo anónimas abiertas) lo han sido sus administradores, representantes legales, miembros de junta directiva o de socios controlantes? • ¿La persona jurídica ha sido declarada responsable administrativamente por la conducta de soborno transnacional?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal k) modificado por el artículo 33 de la Ley 1178 de 2016.	Persona natural: Financió usted o sus parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad, o primero civil la campaña del actual alcalde municipal, con aportes superiores al dos por ciento (2.0%) de las sumas máximas a invertir? Persona jurídica: Financió usted o su representante legal, los miembros de junta directiva o cualquiera de sus socios controlantes, directamente o por interpuesta persona la campaña del actual alcalde municipal, con aportes superiores al dos por ciento (2.0%) de las sumas máximas a invertir? **No aplica para servicios profesionales.**		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 2° literal a)	¿Fue servidor público de esta entidad desempeñando funciones en los niveles directivo o asesor en el último año?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 2° literal b)	¿Tiene vinculo de parentesco hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, con algún funcionario de esta entidad que se desempeñe en los niveles directivo o asesor, o de quien ejerza control interno o fiscal de la misma?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 2° literal c)	¿Es cónyuge o compañero permanente de algún funcionario de esta entidad que se desempeñe en los niveles directivo o asesor, o de quien ejerza funciones de control interno o control fiscal de la misma?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 2° literal d)	• ¿Dentro de la persona jurídica tiene participación u ocupa cargos de dirección o manejo algún funcionario de esta entidad que se desempeñe en los niveles directivo o asesor? • ¿O que sea cónyuge o compañero permanente o pariente hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o civil de dicho funcionario?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 2° literal f) adicionado por el artículo 4° de la Ley 1474 de 2011.	• Usted o las personas a través de las cuales prestará el servicio, ocuparon en los últimos dos años un cargo directivo en esta entidad, ¿cuyo sector tenga relación con el objeto del futuro contrato? • Tiene parentesco hasta el primer grado de consanguinidad, primero de afinidad, o primero civil con un ex empleado público, con el que se cumpla las condiciones antes mencionadas? • La sociedad tiene vinculado a cualquier título a un ex empleado público, con el que se cumpla las condiciones antes mencionadas?		X
Inciso tercero, Art. 49 Ley 617 de 2000 modificado por el	• ¿Es cónyuge, compañero permanente, o tiene parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad, o primero civil con el Representante Legal de esta entidad?		X

artículo 1° de la Ley 1148 de 2007, y por la Ley 1296 de 2009	• ¿Tiene vinculado o prevé vincular para la ejecución del respectivo contrato a una persona que tenga tales calidades?		X
Parágrafo 3°Art. 49 Ley 617 de 2000 modificado por el artículo 1° de la Ley 1148 de 2007	• ¿Es cónyuge, compañero permanente, o pariente hasta el segundo grado de consanguinidad, primero de afinidad o único civil de algún concejal del municipio? • ¿Tiene vinculado o prevé vincular para la ejecución del respectivo contrato a una persona que tenga tales calidades?		X
Art. 90 Ley 1474 de 2011	• ¿Ha sido objeto de imposición de multas o declaratorias de incumplimiento? Nota: En caso afirmativo indique el tipo de sanción, la entidad que la impuso y la fecha de imposición		X
OBSERVACIONES:	*"Diligencia esta casilla en caso de que la respuesta a alguna de las preguntas anteriores haya sido afirmativa, o en el evento de que considere pertinente poner de presente a la entidad alguna circunstancia que pudiera incidir en su capacidad para contratar."*		

TENGA EN CUENTA:

.- *Cónyuge:* persona que se encuentra unida a otra mediante matrimonio civil o religioso.
.- *Compañero Permanente:* Es el hombre y mujer que forman parte de la unión marital de hecho, es decir quienes, sin estar casados, hacen una comunidad de vida permanente y singular, en los términos de la Ley 54 de 1990.
.- *Parentesco por consanguinidad:* Es la relación o conexión que existe entre las personas que descienden de un mismo tronco o raíz o que están unidas por los vínculos de la sangre.
.- *Parentesco por afinidad:* Es el que existe con los familiares consanguíneos de su respectivo cónyuge o compañero permanente.
.- *Parentesco Civil:* Es el que resulta de la adopción, mediante la cual la ley estima que el adoptante, su mujer y el adoptivo se encuentran entre sí, respectivamente, en las relaciones de padre, de madre, de hijo. Este parentesco no pasa de las respectivas personas.
.- *Parentesco hasta primer grado de consanguinidad:* papá, hijo,
.- *Parentesco hasta primer grado de afinidad:* papá, hijo, de su cónyuge o compañero permanente.
.- *Parentesco hasta segundo grado de consanguinidad:* papá, abuelo, hijo, nieto, hermano
.- *Parentesco hasta segundo grado de afinidad:* papá, abuelo, hijo, nieto, hermano de su cónyuge o compañero permanente.
.- *Parentesco hasta cuarto grado de consanguinidad:* papá, abuelo, bisabuelo, tatarabuelo, Hijo, nieto, bisnieto, tataranieto, Hermano, tíos, sobrinos, primo hermano, tío abuelo, sobrino nieto.
.- *Parentesco primero o único civil:* El que existe entre el hijo y los padres adoptantes.

Firma: _____
Nombre: Leydi Tatiana Olaile
Cédula: 31021681



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 31.021.681

OLARTE ÑAÑEZ
APELLIDOS

LEYDI TATIANA
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 17-JUL-1984
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.61 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO

13-AGO-2002 CASTILLA LA NUEVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-5201000-69141571-F-0031021681-20051005 01529 05278A 02 188275356

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141245691722

(415)7707212489984(8020) 000014124569172 2

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	31021681	

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
OLARTE	ÑAÑEZ	LEYDI	TATIANA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Meta 5 0	Guamal 3 1 8

41. Dirección principal: MZ B CA 24 BRR VILLA MARIA

42. Correo electrónico: tatiana.olarte17@gmail.com

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

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 2 1 1	2 0 1 6 0 2 2 7	8 2 9 9	2 0 2 4 0 4 0 1			2 4 3 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 5	4 9																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2026-04-14 / 02:43:28PM

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 OLARTE ÑAÑEZ LEYDI TATIANA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 0a8a1dd6-7e1f-420b-b816-14b3ae25e0c7

Nombres y apellidos / Full name: **LEYDI TATIANA OLARTE ÑAÑEZ**

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

Número de identificación / ID Number: **3 1 0 2 1 6 8 1**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **17/07/1984**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3134194537**

Correo electrónico / e-mail: **NOTIENE@HOMTIL.COM**

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	25	03	2021	Sinovac	E202102012	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	MARIA RIVERA
COVID SINOVAC	Segunda	30	04	2021	Sinovac	K202103011	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	MARIA RIVERA
COVID PFIZER	Primer Refuerzo	18	02	2022	PFIZER	ACC5853	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	ADRIANA CADENA TELLES

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

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

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

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

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

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

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

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

Centro de Especialistas
Santa Barbara I.P.S E.U
Nit. 900.051.899-7

Cra 38 No 36-30 Barzal Tels: 6848597 – 3138517542 V/cio
Cra 14 No 12-34 Tel: 6574516 Cel: 3112703665 Acacias – Meta
Email: Santabarbara.ips@gmail.com www.ipssantabarbara.com

De acuerdo al Decreto 2345 de 2007se certifica que por parte del trabajador, que todos los datos consignado en la historia ocupacional y medica son veridicos. se autoriza informar a la empresa, las conclusiones generales del estado de salud de la poblacione examinada, informacion que sera consignada en el diagnostico de salud de la empresaa la cual pertenezca, y se utilizara para el cumplimiento de los subprogramas (art 15) de medicina preventiva y del trabajo, segun art. 10 de la resolucion 1015 de 1989, o la norma que la notifique, adicione o sustituya.



INFORMACION GENERAL

FECHA EXAMEN: **25/07/2024** CIUDAD: **META - CASTILLA LA NUEVA**

Empresa: **PARTICULAR** Proyecto: **PARTICULAR**

INFORMACION DEL TRABAJADOR

Documento Identidad: **CC 31021681**	NOMBRE: **LEYDI TATIANA OLARTE ÑAÑEZ**	
Edad: **40 Años**	Cargo: **PROFESIONAL ESPECIALIZADO**	Evaluacion Medica de: **INGRESO**

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

EXAMENES PRACTICADOS

OPTOMETRIA
PERFIL LIPIDICO
AUDIOMETRIA
ADMINISTRACION [APLICACION] DE PRUEBA DE PERSONALID
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO
GLICEMIA
HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO

CONCEPTO DE APTITUD

EXAMEN DE INGRESO		EXAMEN PERIODICO		EXAMEN DE RETIRO	
Cumple con los requisitos necesarios para el perfil del cargo	X	Satisfactorio		Satisfactorio	
Presenta condiciones de salud que no disminuye su capacidad laboral		Signos y Sintomas de enfermedad general que deber ser valorados por su EPS		Condiciones de salud que deben ser valoradas por su EPS	
Presenta condiciones de salud que pueden comprometer su productividad		Se debe reasignar funciones, reubicar, analizar puesto de trabajo		Continuar manjeo por ARL	
Presenta condicones de salud que deben ser tratadas antes de ingresar		Secuela de accidente de trabajo		Signos de enfermedad profesional que deben ser valorados por su EPS	
No cumple con los requisitos del perfil del cargo		Signos de enfermedad profesional que deben ser valorados por su EPS		Valoración medica laboral para evaluación y calificación	
Proceso no terminado		Proceso no terminado		Proceso no terminado	

Observaciones:

EXAMENES ANEXOS	SI/ NO	Apto / No AP	EXAMENES ANEXOS	SI/ NO	EXAMENES ANEXOS	SI/ NO
REQUIERE PARA EXAMENES EN ALTURAS	NO	NA	OSTEOMUSCULAR	SI	NEUROLOGICO	
REQUIERE PARA MANIPULAR ALIMENTOS	NO	NA	RESPIRATORIO		DERMATOLOGICO	
REQUIERE PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS	NO	NA	CARDIOVASCULAR	SI	MANIPULAR CARGAS	

RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

SEGUN IMC		MANEJO POR EPS / ARL		RECOMENDACIONES		SVC / (Incluir en)	
Dieta		Control periodico PP o EPS		Control Periodico Ocupacional		Visual	
Ejercicio Regular	X	Se Prescribe Tratamiento		Higiene Postural	X	Auditivo	
Dieta y Ejercicio Regular		Remi. a EPS manejo medico		Utilizacion de EPP	X	Respiratorio	
Valoracion Nutricion por EPS		Continuar Manejo Medico		Utilizacion de Ayudas Ergono.		Ergonomico	
Descartar Altera. Metabolicas		Remision ARL para manejo		Medidas Anti Varices		Cardiovascular	
Dieta, Ejecicios y Med.		Uso Proteccion Solar FiltroUV		Evaluacion Puesto de Trabajo		Psicolaboral	
				Pausas Activas Cada 3 Horas	X	Quimico	
				Pausas Ergonomicas		Biologico	

RECOMENDACIONES: CUMPLIR PROTOCOLO ANTI COVID 19.

Dr. Milciades León
Médico Especialista
Salud Ocupacional

Medico **MILCIADES LEON PICO**
R.M: **4339**

Tatiana O.

Paciente: **LEYDI TATIANA OLARTE ÑAÑEZ**
CC 31021681

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Leydi Tatiana Olarte Ñañez, identificado(a) con CC número 31021681, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 31021681
NOMBRES Y APELLIDOS	Leydi Tatiana Olarte Ñañez
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	17/07/1984
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/11/2017
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	167 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	56 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/11/2017
NIVEL SISBEN	2
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 31021681 LEYDI TATIANA OLARTE ÑAÑEZ Desde 11/07/2024 - Vigente

Generado por interfaces 29/10/2026

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LEYDI TATIANA OLARTE ÑAÑEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **31021681,** se encuentra afiliado/a desde **01/09/2025** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES.**

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 28 de octubre de 2026.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

POSITIVA

GRUPO BICENTENARIO

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

LEYDI TATIANA OLARTE ÑAÑEZ Identificado con CC. 31021681 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE			
Nombres y/o Razón	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE		
Tipo y Numero de Documento	NI - 900004059		
INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/08/05	**Fecha inicio contrato**	2026/08/03
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/10/02
Riesgo	3	**Código actividad económica**	3861001 - Actividades de hospitales y clinicas, con internacion, comprende las actividades que consisten principalmente en _
Estado afiliación	Inactiva		
Fecha retiro	2026/10/02	**Estado del contrato**	Retirado

Esta certificación se expide a los 28 días del mes de octubre del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC28102026N31021681A24319215.** Este código es válido por un mes.

CER_AFI_2026033777
413

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

FORMATO COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Yo, Leydi Tatiana Olarte Nañez identificado con cédula de ciudadanía No 3102681 expedida en Castilla la Nueva, en mi condición de PROPONENTE (Representante Legal o Persona Natural), me obligo a cumplir con el objeto del presente documento, por ello, entiendo y acepto las siguientes condiciones, compromisos, derechos y deberes, relacionados con: **PRIMERA - COMPROMISO:** EL PROPONENTE, quien para los efectos del presente documento se denominará PARTE RECEPTORA se obliga a no divulgar a terceras partes, la "Información confidencial", que reciba por parte del HOSPITAL, que para los efectos del presente documento se denominará PARTE REVELADORA, de igual forma, se obliga a darle a dicha información el mismo tratamiento que le darían a la información confidencial de su propiedad. Para efectos del presente compromiso, "Información Confidencial" comprende toda la información divulgada por la PARTE REVELADORA, ya sea en forma oral, visual, escrita, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible y que se encuentre claramente marcada como tal al ser entregada a la parte receptora. **SEGUNDA - OBJETO:** El presente compromiso de confidencialidad y no divulgación de la información, tiene por objeto señalar y especificar las políticas de confidencialidad que debe cumplir LA PARTE RECEPTORA, respecto del acceso, consulta y uso de la información confidencial que produce y administra LA PARTE REVELADORA. Por lo tanto, quien suscribe el presente documento se obliga a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, comunicar, utilizar y/o emplear la información conocida o entregada por la parte reveladora, para fines distintos al cumplimiento del objeto del contrato a celebrar con el HOSPITAL.**TERCERA - CONOCIMIENTO EXCLUSIVO:** La parte receptora se obliga a mantener de manera confidencial la información suministrada de la institución que reciba de la PARTE REVELADORA y no la revelará a terceros, de tratarse de una empresa o comerciante, deberá compartirla únicamente con el equipo de trabajo y asesores que tengan la necesidad de conocer dicha información para los propósitos autorizados, y quienes deberán estar de acuerdo en mantener de manera confidencial dicha información. **CUARTA - USO EXLUSIVO:** La PARTE RECEPTORA se obliga a utilizar la Información confidencial recibida, únicamente para el desarrollo el objeto del contrato suscrito con la PARTE REVELADORA. **QUINTA - RESPECTO A LOS DATOS PERSONALES:** Para el caso del manejo de información que incluya datos personales, la PARTE RECEPTORA dará estricto cumplimiento a las disposiciones constitucionales y legales sobre la protección del derecho fundamental de HABEAS DATA, en particular lo dispuesto en el artículo 15 de la Constitución Política y la ley 1581 de 2012 y las disposiciones internas de la entidad **SEXTA – OBLIGACIÓN DE RESPONDER POR LOS DAÑOS:** En caso de que la PARTE RECEPTORA incumpla parcial o totalmente con las obligaciones establecidas en el presente compromiso éste será responsable de los daños y perjuicios que dicho incumplimiento llegase a ocasionar a la PARTE REVELADORA. **SEPTIMA – CLAÚSULA PENAL:** Independientemente de la cláusula anterior, La PARTE RECEPTORA por el cumplimiento del presente ACUERDO deberá pagar como cláusula penal el valor equivalente a CUATRO (4) SMLMV. PARÁGRAFO: El presente ACUERDO presta mérito ejecutivo por sí mismo, como garantía del cumplimiento o el incumplimiento. **NOVENA – VIGENCIA:** La vigencia del presente compromiso será indefinido y permanecerá vigente mientras exista la información en manos de la PARTE RECEPTORA.

En consecuencia, de lo anterior, el presente compromiso se firma a los tres (03) días del mes de Noviembre del 2026.

LA PARTE RECEPTORA (Firma)

Nombre. Leydi Tatiana Olarte N.

CC No. 3102681.

Nit. No. _____

Empresa _____

LA PARTE REVELADORA (Firma)

MARTHA LUCIA HERRERA RIOS

Gerente del Hospital de Castilla la Nueva E.S.E.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, CONSULTA DE ANTECEDENTES, Y CONSULTA DE INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES

Yo[1] Leydi Tatiana Olarte Nariz quien me identifico con cedula 31021681 expedida en Castilla la Nueva, por medio del presente y de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015, la Ley 1918 de 2018 y el Decreto 753 de 2019, AUTORIZO libre, expresa e inequívocamente al HOSPITAL, para que realice la consulta, verificación, recolección y tratamiento de mis datos personales, que suministro de manera veraz y completa, los cuales serán utilizados para los diferentes aspectos relacionados con la CONTRATACIÓN de la Entidad.

Igualmente, manifiesto que de conformidad con el artículo 56 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo - Ley 1437 de 2011 modificado por el artículo 10 de la Ley 2080 de 2021, AUTORIZO expresamente al HOSPITAL a remitir notificaciones electrónicas al correo electrónico que se relaciona en el CONTRATO. Por lo anterior, autorizo y acepto recibir notificaciones a través de medios electrónicos.

Respecto a la consulta en el Registro de Inhabilidades por delitos sexuales contra menores de edad, me comprometo a entregar el certificado expedido por la autoridad competente para el conocimiento del contenido, así mismo el HOSPITAL queda plenamente facultado para realizar la consulta en el aplicativo dispuesto para ello.

De igual manera manifiesto que la presente autorización me fue solicitada y puesta de presente antes de entregar mis datos y que la suscribo de forma libre y voluntaria una vez leída en su totalidad.

La presente autorización se expide con fecha 03-11-26

Firma: Tatiana O.

[1] Persona que se identifica al final del escrito y quien actúa en nombre propio o como Representante Legal de una Persona Jurídica

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 305557186

PIB
15:22:21

Bogotá DC, 28 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) LEYDI TATIANA OLARTE ÑAÑEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 31021681:

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 miércoles 28 de octubre de 2026, a las 15:26:01, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	31021681
Código de Verificación	31021681261028152601

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

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

LUIS MIGUEL MARTINEZ ROMERO
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 03:24:36 PM horas del 28/10/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **31021681**

Apellidos y Nombres: **OLARTE ÑAÑEZ LEYDI TATIANA**

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.

DIJIN

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: dijn.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, 28/10/2026 03:26:44 p. m. para **el Nº de Expediente o Comparendo:** Nº. **31021681**

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. **150510037** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

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

GOV.CO

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 15:39:59 horas del 28/10/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **31021681,** Apellidos y Nombres **OLARTE ÑAÑEZ LEYDI TATIANA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE**, con NIT **900004059-7** 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

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 31021681 **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 28/10/2026 06:32 PM

Código Verificación: **SQM94PKU3V**

Válida hasta: **28/01/2027**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICADO DE TITULARIDAD

CERTIFICA:

Que la cuenta que se reseña a continuación figura abierta en esta entidad a nombre de los siguientes titulares:

Cuenta: 109287877798

Tipo Cuenta AHORRO

Titulares

Nombres y Apellidos	Documento
LEYDI TATIANA OLARTE ÑAÑEZ	CC31021681

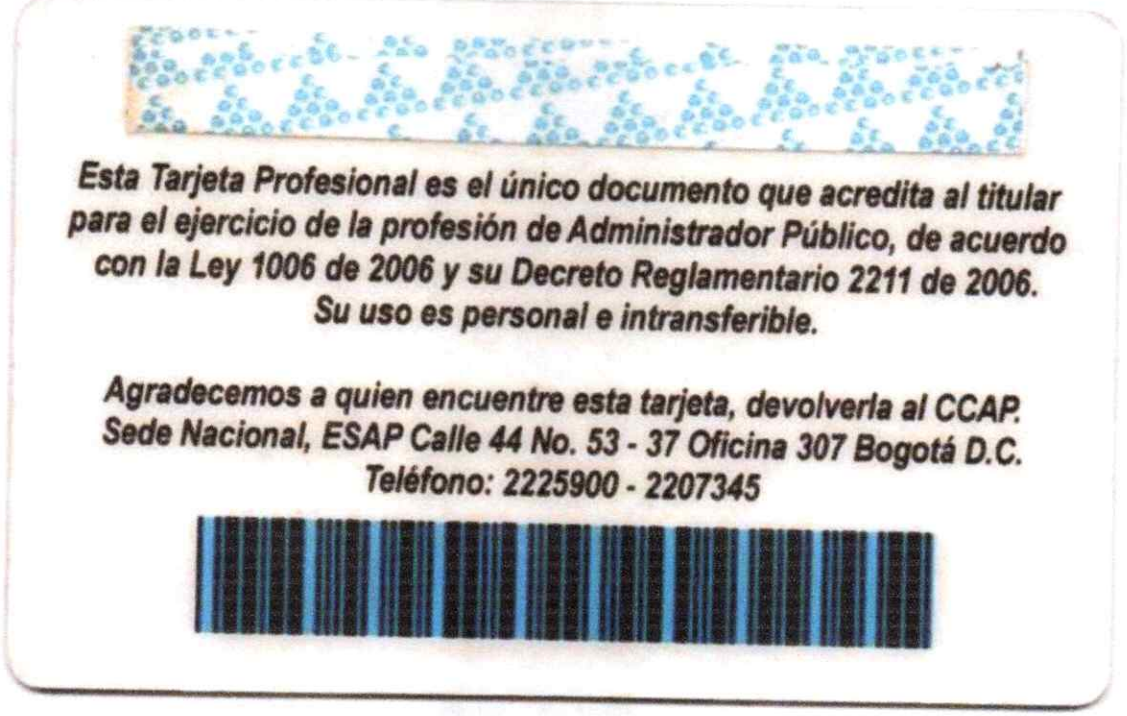
Para que así conste a los efectos oportunos y a petición del interesado, se expide la presente certificación a Jueves 29 de octubre de 2026

Dirección Banca Directa
Pibank | Banco Pichincha S.A.

P0009813-Z3

Pibank es una marca registrada por Banco Pichincha S.A. – Colombia. Dirección general:Av. de las





Esta Tarjeta Profesional es el único documento que acredita al titular para el ejercicio de la profesión de Administrador Público, de acuerdo con la Ley 1006 de 2006 y su Decreto Reglamentario 2211 de 2006. Su uso es personal e intransferible.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta, devolverla al CCAP. Sede Nacional, ESAP Calle 44 No. 53 - 37 Oficina 307 Bogotá D.C. Teléfono: 2225900 - 2207345

REPÚBLICA DE COLOMBIA

La Escuela Superior de Administración Pública

Creada por la Ley 19 de 1958, organizada por el D.L. No. 350 de 1960 y reestructurada por el D. No. 219 de 2004

FACULTAD DE PREGRADO

PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA TERRITORIAL
APROBADO POR LOS ACUERDOS 003 DE 2004 Y 002 DE 2006 DEL CONSEJO ACADÉMICO NACIONAL DE LA ESAP

TENIENDO EN CUENTA QUE

LEYDI TATIANA OLARTE ÑAÑEZ

C.C. No.31.021.681 DE CASTILLA LA NUEVA

TERMINÓ SATISFACTORIAMENTE SUS ESTUDIOS Y CUMPLIÓ LOS DEMÁS REQUISITOS ACADÉMICOS, LE CONFIERE EL TÍTULO PROFESIONAL DE

ADMINISTRADORA PÚBLICA

VILLAVICENCIO (META) 26 DE FEBRERO DE 2016

Dirección Nacional

Secretaría General

Subdirección Académica

Facultad de Pregrado

(DECRETO 2150 DE 1995, ARTÍCULO 63)

Escuela Superior de Administración Pública
República de Colombia

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

ACTA DE GRADO

En el libro de Actas Generales de Pregrado N° 03 aparece en el folio 29 el Acta N° 01, que dice: En ceremonia realizada el día 26 del mes de Febrero de 2016, en la ciudad de Villavicencio, Departamento del Meta, República de Colombia, presidida por el Doctor **ALBEIRO HUMBERTO SANCHEZ MEDINA,** Director Territorial Meta, Guaviare, Guainía, Vaupés, Vichada, Amazonas, por delegación conferida a través de la Resolución 022 del 19 de enero de 2016 del Director Nacional de la Escuela Superior de Administración Pública, otorgó mediante registro ESAP N° 2016-32003, folio 72, del libro de registro N° 21 el título de:

ADMINISTRADORA PÚBLICA
Registro SNIES No. 1697

A
LEYDI TATIANA OLARTE ÑAÑEZ
C.C. No.31.021.681 DE CASTILLA LA NUEVA

Quien cumplió satisfactoriamente con los requisitos exigidos en los reglamentos y normas legales.

La graduanda queda comprometida a cumplir la Constitución Política y las Leyes de Colombia, a ejercer su profesión dentro de las normas de ética ciudadana, y a mantener lealtad a la ESAP en los actos públicos y privados de su vida profesional.

En constancia de lo anterior, se expide y firma la presente acta en la ciudad de Villavicencio, a los veintiséis (26) días del mes de febrero de dos mil diez y seis (2016). Válida para todos los efectos legales.

Fdo.
ALBEIRO HUMBERTO SANCHEZ MEDINA
Presidente

Bogotá, D. C.
26 FEB 2016

FERNANDO YARPAZ
Secretario General

Colegio Colombiano del Administrador Público

Sede Nacional Escuela Superior de Administración Pública ESAP

El Colegio Colombiano del Administrador Público CCAP,

En uso de sus atribuciones legales conferidas por la Ley 1006 de 2006, en especial por el Artículo 5° literales c) y e),

CERTIFICA:

Que revisados los archivos del Registro Único Nacional del Administrador Público RUNAP, así como los del Tribunal de Ética Profesional del Administrador Público, ***el(la) Administrador(a) Público(a) relacionado(a) a continuación, NO presenta ninguna clase de antecedentes disciplinarios en el ejercicio de su profesión como Administrador(a) Público(a).***

Nombre:	*LEYDI TATIANA OLARTE ÑÁÑEZ*
Documento de identificación:	*31021681*
Lugar de expedición:	*Castilla La Nueva - Meta*

En razón a lo anterior, su matrícula profesional y tarjeta profesional, cuyo número se encuentra a continuación, se encuentra vigente para todos los efectos legales:

1099884-T

Esta certificación se expide de conformidad con lo dispuesto en el literal c) del Artículo 5° de la Ley 1006 de 2006.

Nota 1: *Esta certificación refleja únicamente la existencia o no de antecedentes disciplinarios en el ejercicio de la profesión como Administrador(a) Público(a), registrados en el RUNAP. Los demás antecedentes podrán ser consultados en la página web de la Procuraduría General de la Nación.*

Nota 2: *Si desea verificar la autenticidad de esta certificación, por favor ingrese el número de cédula del titular de la misma en el siguiente link:* https://app.ccap.org.co/Account/ValidateIdentityCardCertificate

Se expide en Bogotá, D.C., a solicitud del interesado, el 28 de octubre de 2026.

Su Seguro Servidor,

GERMAN ENRIQUE RAMIREZ GASCA
Presidente Nacional

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

CREADA POR LA LEY 19 DE 1958, ORGANIZADA POR EL DECRETO LEY NO. 350 DE 1960
Y REESTRUCTURADA POR EL DECRETO NO. 164 DE 2021

CONFIERE EL TÍTULO DE

Especialista en Finanzas Públicas

EN BOGOTÁ D.C. 24 DE SEPTIEMBRE DE 2021, A:

LEYDI TATIANA OLARTE ÑAÑEZ

C.C. NÚMERO 31.021.681 DE CASTILLA LA NUEVA

TENIENDO EN CUENTA QUE TERMINÓ SATISFACTORIAMENTE SUS ESTUDIOS Y CUMPLIÓ
LOS DEMÁS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS POR LA INSTITUCIÓN

RECTOR

VICERRECTORÍA DE SERVICIOS ACADÉMICOS

REGISTRADO(A) BAJO NÚMERO 2021 FOLIO(S) LIBRO DE REGISTRO NÚMERO 21 — BOGOTÁ, D.C.

El futuro es de todos

Gobierno de Colombia

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO No. 1888

El día 24 de septiembre del año 2021, **LA ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, Esap,** en ceremonia de graduación virtual presidida por el señor Rector, Doctor **OCTAVIO DE JESÚS DUQUE JIMÉNEZ**, previo juramento reglamentario, otorgó el Título de:

ESPECIALISTA EN FINANZAS PÚBLICAS
Registro SNIES No. 102617

A

LEYDI TATIANA OLARTE ÑAÑEZ
C.C. N° 31.021.681 DE CASTILLA LA NUEVA

Quien cumplió los requisitos académicos, las exigencias establecidas en los reglamentos y las normas legales, lo que se hace constar en el diploma con registro Esap N° 11445, folio N° 66, libro de registro N 25.

El egresado se compromete a cumplir la Constitución Política y las Leyes de Colombia, a ejercer su profesión dentro de las normas de la ética y a mantener la lealtad a la Esap en los actos públicos y privados de su vida profesional

Dado en Bogotá, a los 24 días del mes de septiembre de 2021

Fdo.

OSCAR JAIRO FONSECA FONSECA
Vicerrector Nacional de Servicios Académicos

Sede Nacional - Bogotá - Calle 44 No. 53 - 37 CAN
PBX: 2202790 - Fax: (091) 2202790 Ext. 7205
Correo Electrónico: ventanillaunica@esap.edu.co
www.esap.edu.co

ESAP
Escuela Superior de Administración Pública

CONTRATO DE:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES
No. DEL CONTRATO:	426 DE 2026
OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA GESTION PRESUPUESTAL DEL MUNICIPIO DE GUAMAL META EN CUMPLIMIENTO DE LAS COMPETENCIAS DE LEY
VALOR:	**VEINTIDOS MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($ (22.750.000) M/CTE.**
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LEYDI TATIANA OLARTE ÑAÑEZ
CÉDULA DE CIUDADANÍA	31.021.681 de Castilla la Nueva-Meta
FECHA DEL CONTRATO:	22 DE SEPTIEMBRE DE 2026
No. Y FECHA REGISTRO PRESUPUESTAL:	No. 916 DEL 22 DE SEPTIEMBRE DE 2026
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**JORGE LUIS GAONA AVILA**
CARGO DEL SUPERVISOR:	SECRETARIO ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO
TERMINO DE EJECUCIÓN:	TRES (03) MESES Y QUINCE (15) DIAS sin superar el 30 de diciembre 2026,
FECHA DE TERMINACIÓN:	30 DE DICIEMBRE DE 2026
FECHA PRESENTE ACTA:	22 DE SEPTIEMBRE DE 2026

A los veintidós (22) días del mes de septiembre de 2026, se reunieron en las instalaciones de la Alcaldía de Guamal, Meta la señora **LEYDI TATIANA OLARTE ÑAÑEZ,** identificada con cédula de ciudadanía No. 31.021.681 de Castilla la Nueva-Meta en su calidad de **Contratista,** y el señor **JORGE LUIS GAONA AVILA,** secretario Administrativo y Financiero en su calidad de **Supervisor**, con el fin de dar inicio formal al Contrato en mención.

Para constancia se firma por quienes en ella intervinieron,

JORGE LUIS GAONA AVILA
1.123.510.640 de Castilla, Meta
Supervisor

LEYDI TATIANA OLARTE ÑAÑEZ
31.021.681de Castilla La nueva-Meta
Contratista

Redactó: María del Pilar Fernández Robayo	Revisó y aprobó: Jorge Luis Gaona Avila
Cargo: Secretaria ejecutiva	Cargo: Secretario Administrativo y Financiero

ALCALDÍA DE PUERTO GAITÁN, META	ACTA FINAL PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO A LA GESTIÒN			Puerto Gaitán
	CONTRATACIÒN			
	Código: SCO-FR-118	Versión: 02	Vigencia: 26/11/2025	

1092	DIA	19 MES	8 AÑO	2025

OBJETO:	"PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN FINANCIERA Y PRESUPUESTAL DE LA SECRETARIA DE HACIENDA DEL MUNICIPIO DE PUERTO GAITÁN."
VALOR DEL CONTRATO No. Y LETRA:	VEINTICUATRO MILLONES DE PESOS ($24.000.000) M/CTE
CONTRATISTA:	LEIDY TATIANA OLARTE ÑAÑEZ
CONTRATANTE:	MUNICIPIO DE PUERTO GAITAN
PLAZO DE EJECUCIÓN:	CUATRO (04) MESES
FECHA DE INICIO	19 DE AGOSTO 2025
FECHA DE TERMINACION	18 DE DICIEMBRE DE 2025
FECHA PERIODO COBRO	DEL 19 DE NOVIEMBRE AL 18 DE DICIEMBRE DE 2025
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	RAMON OCTAVIO COLINA
CARGO	SECRETARIO DE HACIENDA

AFECTACION PRESUPUESTAL (Ver Instrucciones de diligenciamiento)

REGISTRO PRESUPUESTAL	2025002680		
RUBRO PRESUPUESTAL	AC-1-4599- 2024505680106	FUENTE	1.2.1.0.00
VALOR TOTAL DEL RUBRO	$		24,000,000.00
OBJETO DEL GASTO CCPET	2.3.2.02.02.009		
VALOR PAGADO	$		18,000,000.00
VALOR A PAGAR	$		6,000,000.00
SALDO	$		
OBSERVACIONES	I.C.L.D		

BALANCE FINANCIERO

VALOR INICIAL DEL CONTRATO		$24,000,000.00
VALOR ACTAS ANTERIORES:	$18,000,000.00	
VALOR PRESENTE ACTA	$6,000,000.00	
SALDO POR EJECUTAR	$0.00	
SUMAS IGUALES:	$ 24,000,000.00	$ 24,000,000.00

Con la firma del presente acta final el contratista se declara a paz y salvo con el Municipio de Puerto Gaitán, Meta, en lo que respecta al periodo comprendido entre el dia 19 mes noviembre al dia 18 mes diciembre de 2025.

Dado a los 19 del mes de diciembre 2025.

RAMON OCTAVIO COLINA
SECRETARIO HACIENDA
Supervisor designado

LEIDY TATIANA OLARTE ÑAÑEZ
Contratista

137

ALCALDÍA DE PUERTO GAITÁN, META	ACTA FINAL PARA CONTRATOS DE PRESTACIÒN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO A LA GESTIÒN			Puerto Gaitán
	CONTRATACIÒN			
	Código: SCO-FR-118	Versión: 01	Vigencia: 01/08/2025	

CONTRATO No. 172	DIA	24 MES	1 AÑO	2025
OBJETO:	"PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN FINANCIERA Y PRESUPUESTAL DE LA SECRETARIA DE HACIENDA DEL MUNICIPIO DE PUERTO GAITÁN "			
VALOR DEL CONTRATO No. Y LETRA:	VEINTICUATRO MILLONES DE PESOS ($24.000.000) M/CTE			
CONTRATISTA:	LEIDY TATIANA OLARTE ÑAÑEZ			
CONTRATANTE:	MUNICIPIO DE PUERTO GAITAN			
PLAZO DE EJECUCIÓN:	CUATRO (04) MESES			
FECHA DE INICIO	24 DE ENERO 2025			
FECHA DE TERMINACION	23 DE MAYO DE 2025			
ADICION 1	DOCE MILLONES DE PESOS ($12.000.000) MCTE			
NUEVO VALOR DEL CONTRATO SEGÚN ADICION 1	TREINTA Y SEIS MILLONES DE PESOS ($36.000.000) MCTE			
FECHA DE LA PRORROGA 1 Y ADICION 1	22 DE MAYO DE 2025			
FECHA PERIODO COBRO	24 de junio al 23 de julio 2025			
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	RAMON OCTAVIO COLINA			
CARGO	SECRETARIO DE HACIENDA			

AFECTACION PRESUPUESTAL (Ver Instrucciones de diligenciamiento)

REGISTRO PRESUPUESTAL	2025000196		
RUBRO PRESUPUESTAL	2.3.2.02.02.009	FUENTE	1.2.1.0.00
VALOR TOTAL DEL RUBRO	$		24,000,000.00
VALOR PAGADO	$		24,000,000.00
VALOR A PAGAR	$		-
SALDO	$		-
OBSERVACIONES	I.C.L.D		

AFECTACION PRESUPUESTAL (Ver Instrucciones de diligenciamiento)

REGISTRO PRESUPESTAL	2025001532		
RUBRO PRESUPUESTAL	2.3.2.02.02.009	FUENTE	1.3.3.1.00
VALOR TOTAL DEL RUBRO	$		12,000,000.00
VALOR PAGADO	$		6,000,000.00
VALOR A PAGAR	$		6,000,000.00
SALDO	$		-
OBSERVACIONES	RECURSOS DEL BALANCE DE LIBRE DESTINACION		

BALANCE FINANCIERO

VALOR INICIAL DEL CONTRATO		$24,000,000.00
VALOR ADICION		$12,000,000.00
VALOR ACTAS ANTERIORES	$30,000,000.00	
VALOR PRESENTE ACTA	$6,000,000.00	
SALDO POR EJECUTAR	$0.00	
SUMAS IGUALES:	$ 36,000,000.00	$ 36,000,000.00

Con la firma del presente acta final el contratista se declara a paz y salvo, con el Municipio de Puerto Gaitán - Meta, en lo que respecta al periodo comprendido entre el dia 24 de junio al dia 23 mes julio de 2025.

Dado a los 11 del mes de agosto 2025.

RAMON OCTAVIO COLINA
CARGO
Supervisor designado

LEIDY TATIANA OLARTE ÑAÑEZ

EL SUSCRITO SECRETARIO DE HACIENDA
DE LA ALCALDÍA MUNICIPAL DE PUERTO GAITAN, META
NIT. 800.079.035-1

CERTIFICA

Que de conformidad con los documentos que reposan en el archivo de la entidad, se encontró que la señora **LEYDI TATIANA OLARTE ÑAÑEZ,** identificada con cédula de ciudadanía N° 31.021.681, expedida en Castilla la Nueva, celebró con la Alcaldía municipal de Puerto Gaitán Meta el siguiente contrato de prestación de servicios:

Número y fecha de contrato:	000833 DE JULIO 25 DE 2024
Objeto:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN FINANCIERA Y PRESUPUESTAL DE LA SECRETARÍA DE HACIENDA DE PUERTO GAITAN
Fecha de inicio:	VEINTISEIS (26) DE JULIO DE 2024
Fecha de terminación: Incluidas prorrogas o adiciones	VEINTICINCO (25) DE DICIEMBRE DE 2024
Término:	CINCO (5) MESES
Supervisor:	RAMÓN OCTAVIO COLINA- secretario de Hacienda
Estado del Contrato:	TERMINADO

1. Revisar periódicamente la consistencia de la información financiera de la entidad.
2. Asesorar a la secretaria de hacienda en la preparación y presentación de informes presupuestales a ser reportados a través de la plataforma CHIP
3. Asesorar a la secretaría de hacienda en la preparación y presentación de informes trimestrales y anuales a la Contraloría del Meta a través de la plataforma SIA.
4. Asesorar a la oficina de presupuesto en la presentación de los informes APPUI.
5. Asistir el proceso de armonización presupuestal de acuerdo al nuevo plan de desarrollo municipal
6. Proponer medidas y acciones necesarias para la implementación de planes de mejoramiento internos y externos cargo de la secretaría.
7. Atender las consultas y asistir a las reuniones a las que sea convocado por la supervisión
8. Revisar actos administrativos modificatorios de presupuesto y documentos anexos o de soporte.
9. Asesorar la proyección de los acuerdos con incidencia fiscal para el municipio, de conformidad con lo señalado en la normatividad vigente.
10. Brindar asesoría técnica al consejo municipal de política fiscal COMFIS en el desarrollo de sus procesos a cargo.
11. Realizar la evaluación de capacidad financiera y capacidad organizacional definidos por la entidad para los procesos contractuales que sean requeridos.

Código Postal 502041
Calle 10 N°10-60 Barrio Centro, Palacio Municipal
Teléfonos: 3203750721 / 3128854597
alcaldia@puertogaitan-meta.gov.co

12. Realizar la conciliación de los documentos o movimientos de los rubros del presupuesto del sistema general de regalías
13. Las demás que por ley o contrato le correspondan

La presente, se expide en el Municipio de Puerto Gaitán- Meta, a los (27) días del mes de diciembre de 2024.

RAMON OCTAVIO COLINA
Secretario de Hacienda

Elaboró: Yesenia Medina Granados	Revisó: Yesenia Medina Granados	Aprobó: Ramón Octavio Colina
Cargo: CPS Profesional 800 de 2024	Cargo: CPS Profesional 800 de 2024	Cargo: Secretario de Hacienda

Código Postal 502041
Calle 10 N°10-60 Barrio Centro, Palacio Municipal
Teléfonos: 3203750721 / 3128854597
alcaldia@puertogaitan-meta.gov.co

LA SUBDIRECTORA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DEL HOSPITAL LOCAL DE GUAMAL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN E.S.E.

HACE CONSTAR QUE:

La doctora **LEYDI TATIANA OLARTE ÑAÑEZ,** identificado con cédula de ciudadanía No. 3.1021.681, celebró con el Hospital Local de Guamal los siguientes contratos de prestación de servicios, cumpliendo con el objeto y las obligaciones estipuladas. Lo anterior, relacionado en detalle a continuación:

No CONTRATO	038-2025
OBJETO	PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN EL AREA DE CARTERA Y FINANCIERA PARA EL HOSPITAL LOCAL DE GUAMAL PRIMER NIVEL DE ATENCION E.S.E.
VALOR INICIAL	$ 12.000.000
ADICION	$ 6.000.000
TERMINO DE EJECUCIÓN INICIAL	4 MESES
FECHA DE INICIO	7/01/2025
FECHA DE TERMINACIÓN	6/05/2025
FECHA DE TERMINACION PRORROGA	6/07/2025
TERMINO TOTAL	6 MESES
ESTADO	TERMINADO
No CONTRATO	187-2025
OBJETO	PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN EL AREA DE CARTERA Y FINANCIERA PARA EL HOSPITAL LOCAL DE GUAMAL PRIMER NIVEL DE ATENCION E.S.E.
VALOR INICIAL	$ 12.000.000
ADICION	$ 5.400.000
TERMINO DE EJECUCIÓN INICIAL	4 MESES
FECHA DE INICIO	7/07/2025
FECHA DE TERMINACIÓN	6/11/2025
FECHA DE TERMINACION PRORROGA	31/12/2025
TERMINO TOTAL	CINCO (05) MESES Y VEINTICUATRO (24) DIAS
ESTADO	TERMINADO

Obligaciones:

1. Realizar seguimiento y control permanente al logro de las metas de cobro de la cartera.
2. Realizar la Circularización de información y respuesta a todas las inquietudes presentadas por los deudores del Hospital en conjunto con el área jurídica.

3. Coordinar junto con la subdirección administrativa y financiera la identificación y aplicación oportuna de los pagos realizados por las diferentes entidades responsables de pago.
4. Realizar la conciliación cada mes con contabilidad los saldos, anticipos y la provisión de cartera.
5. Asistir a las reuniones que sea citado por el área Financiera del Hospital, tales como comités gerenciales, financieros y contables.
6. Elaborar y presentar los diferentes informes de cartera requeridos por los entes de control dentro de los plazos legales establecidos para tal fin, conciliando la información con el área Financiera y Contable.
7. Apoyar a las diferentes mesas de trabajo de cruce de cartera, saneamiento contable que establezca el Hospital.
8. Apoyar al área jurídica en el procedimiento de cobros pre-juridicos, conciliaciones ante la Superintendencia Nacional de Salud y demás actividades inherentes al área de Cartera del Hospital, cuando se requiera.
9. Realizar acompañamiento y seguimiento a los procesos realizados por el área de Facturación en concordancia con la relación directa de esta con el área Financiera.
10. Registrar en el sistema de información del Hospital el radicado de las facturas entregadas por el área de facturación una vez cumplido el trámite ante cada entidad responsable de pago.
11. Ejercer las demás obligaciones asignadas por el superior inmediato que sean afines con el propósito del cargo.

La presente se expide a solicitud del interesado, el día de 05 de enero de 2026.

Atentamente

YENNY ALVARADO ROJAS
Subdirectora Administrativa y Financiera

Proyecto: I.J.J
CPS Apoyo contratación

Reviso: J.L.O
CPSP Asesor Jurídico

Aprobó: Yenny Alvarado Rojas
Subdirectora Administrativa y Financiera

FORMATO CONSTANCIA DE IDONEIDAD PARA TALENTO HUMANO

EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E.

CONSIDERANDO:

Que, el Decreto 1082 de 2015 reglamentario del Estatuto General de Contratación de la Administración Pública, en su artículo 2.2.1.2.1.4.9, faculta contratar con una sola oferta bajo la modalidad de **CONTRATACIÓN DIRECTA**. En este mismo sentido, el Estatuto Interno de Contratación de la entidad, en sus artículos 18 y 19 señala las razones para contratar mínimo con una sola propuesta.

Que, las normas citadas con anterioridad, exhortan a la entidad para verificar **LA IDONEIDAD Y LA EXPERIENCIA REQUERIDA Y RELACIONADA**, acorde con los requisitos exigidos en el Estudio Previo, el perfil profesional y la función a desarrollar en el área de ocupación.

HACE CONSTAR:

Que, revisada la **HOJA DE VIDA** dada por Leydi Tatiana Olaite Nañez, con CC No. 3102168 de Castilla la Nueva. se acredita la idoneidad y la experiencia requerida y relacionada, según el Estudio Previo, el perfil profesional y la función a desarrollar en el área de ocupación, para poder cumplir con el proceso No 2026-389

Verificado por:

YULY VIVIANA MORA GARCIA
Técnico Administrativo del SG-SST
Verificó Sistema de Seguridad Social y Ocupacional

KAROL MILENA GIRALDO PEÑA
Profesional – Talento Humano Subg. A.F.
Verificó Idoneidad por Perfil Profesional SIGEP II

Camila Hernandez.
CAMILA HERNANDEZ RUIZ
Profesional Contratación
Contratista