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

NOMBRE Y APELLIDOS: Edna Garcia **FECHA DE VERIFICACIÓN:**

#	CRITERIO DE CUMPLIMIENTO	SI	NO	N/A
1	Acto administrativo de nombramiento (nomina)			X
2	Acta de posesión (nomina)			X
3	Soporte del pago estampilla (nomina)			X
4	Hoja de Vida DAFP – Actualizada y Descargada del SIGEP II (Debe reflejar el presente de la persona)	X		
5	Declaración Juramentada de Bienes y Rentas – Actualizada y Descargada del SIGEP II (Debe reflejar el presente de la persona)		X	
6	Registro de los Conflictos de Interés - Ley 2013 de 2019 Función Pública - Aplicativo por la Integridad Pública	X		
7	Declaración de Inhabilidades e incompatibilidades. (Presentación del Formulario del Hospital).	X		
8	Cédula de Ciudadanía al 150% - Copia Simple con resolución de buena calidad.	X		
9	Registro Único Tributario RUT – Actualizada. (Expedición No superior a un mes) - Copia Simple con resolución de buena calidad.	X		
10	Libreta Militar o Documento que Resuelve Situación Militar - Copia Simple con resolución de buena calidad.			X
11	Carnet de Vacunas Completo - Copia Simple con Resolución de buena calidad.	X		
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).	X		
32	Competencia en Atención al Usuario (Todos los Asistenciales Administrativos y de Salud)	X		
33	Autorización Para Ejercer Profesión – RETHUS Actualizado (Médicos, Enfermeras, Aux. Enfermería, Odontología, Bacteriólogo, Nutricion, Psicólogo, etc.)			X
34	Acreditación del Servicio Social Obligatorio (Bacteriología, Enfermería, Medicina, Odontología, etc.) - Copia Simple.			X
35	Competencia en Soporte Vital Avanzado (Médico, Enfermeros Profesionales, auxiliares de enfermería de urgencias y hospitalización)			X
36	Competencia en Soporte Vital Básico (Médico, Enfermeros Profesionales, auxiliares de enfermería)			X
37	Competencia en AIEPI Clínico (Médico, Enfermeras Profesionales, pediatra)			X
38	Atención a Personas Víctimas de Ataques con Agentes Químicos. (Paramédicos, Médicos, Enfermeras, auxiliares de enfermería, psicólogo, nutrición)	X		X
39	Competencias Esenciales Para el Cuidado del Donante Expedida por el INS (Médicos)			X
40	Atención a Población Víctima del Conflicto Armado (Médico, Enfermera, Aux enfermería, Odontólogo, Bacteriólogo, Nutricionista, Psicólogo)	X		X
41	Interrupción Voluntaria del Embarazo (Médicos, Enfermera, y Psicólogo, ginecología.)			X
42	Curso Atención a Víctimas de Violencia Sexual (Médico, Enfermeras, Aux Enfermería, Odontólogo, Bacteriólogo, Nutrición, Psicólogo, especialistas).	X		X
43	Asesoría Pre y Post VIH (Médico, Enfermera, Psicólogo)			X
44	Atención del Parto (Médico, ginecología)			X
45	Gestión del Duelo (Médico, Enfermera, psicología)			X
46	Medición automática de la tensión arterial OPS (Médicos, Enfermera, Aux Enfermería)			X
47	Curso manejo integral del dengue OPS (Médico, Enfermera, Aux Enfermería, Bacterióloga)			X
48	Competencia en Administración de Inmunobiológicos PAI (Auxiliares de Vacunación, Coordinadora, PAI)			X
49	Competencia AIEPI Comunitario (Personal Asistencial de Actividades Extramurales) (Programas)			X
50	Competencia en Toma de Muestras de Labor Clínico (Personal de Enfermería y de Laboratorio)			X
51	Curso de Primeros Auxilios (Conductores y Paramédicos)			X
52	Carnet de Radio Protección (Radiólogo y Tecnólogo Radiología)			X
53	Mecánica básica (conductores)			X
54	Manejo defensivo (conductores)			X
55	Manejo de residuos hospitalarios (servicios generales)			X
56	Curso de facturación en salud (facturadoras, radicación, glosas)			X
57	**Constancia de Idoneidad, Experiencia Requerida y Relacionada. (Verificación de Talento Humano, SG-SST, Calidad).**			X
58	**Formato inducción y reinducción (nomina)**			
59	**Formato evaluación inducción y reinducción (nomina)**			

NOMBRE DE QUIEN VERIFICA Camila H

Castilla La Nueva - Meta, el 06 de noviembre de 2026

Dra.:
DEISSY CAROLINA CAMARGO VEGA
Profesional – Oficina planeación, calidad y desarrollo
Hospital de Castilla la Nueva E.S.E.

Ref. **PROPUESTA PARA PROCESO DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS 2026-392**

Cordial saludo,

EDNA YULIETH GARCIA ORJUELA, quien se identifica con C.C. No. 1.123.512.140 de Castilla la Nueva– Meta está interesada en enviar una PROPUESTA para un Contrato de Prestación de Servicios, cuyo objeto ***"PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ODONTOLOGIA EN EL 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 (1) MES Y QUINCE (15) DIAS**, 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.

1.1. 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 **TRES MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y CINCO MIL PESOS ($3.975.000) M/CTE**

1.2. 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: En mensualidades vencidas, iguales y sucesivas por valor de **DOS MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($2.650,000) 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 1º 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.

1.3. OBLIGACIONES ESPECÍFICAS A DESARROLLAR POR EL CONTRATISTA:

LA CONTRATISTA será responsable y se obliga a: **1.** Realizar demanda inducida mediante gestiones telefónicas y reportarlas a la Coordinadora de consulta externa con la periodicidad y la intensidad que la Coordinadora disponga. **2.** Informar al odontólogo sobre la agendada de pacientes, preparar el instrumental, los materiales y equipos para las atenciones odontológicas; y apoyarlo en los diferentes procesos y procedimientos que se realizan a los pacientes en el consultorio o en actividades extramurales programadas por el hospital, incluido el diligenciamiento y verificación de la historia clínica. **3.**

Apoyar al profesional de odontología en el proceso de elaboración, recepción, organización, registro y actualización en el sistema del hospital, de los pedidos de insumos de odontología, así como de los equipos e insumos medicoquirúrgicos, incluyendo su semaforización y disposición física en el consultorio. **4.** Dar buen uso a los equipos e instrumental e informar al odontólogo sobre reparaciones necesarias y mantenimiento de equipos; y apoyarlo en los requerimientos al personal administrativo de EL HOSPITAL. **5.** Pre lavar el instrumental a cargo y llevarlo al área de esterilización; así como recogerlo y organizarlo en el consultorio, manteniéndolo en perfecto estado de aseo y orden. **6.** Mantenerse actualizado respecto al conocimiento de su actividad profesional, y asistir a las capacitaciones que brinde EL HOSPITAL. **8.** Presentar informes de las actividades desarrolladas en ejecución del presente contrato, realizando dicho informe con detenimiento, consignando información verídica de la ejecución del período contractual a informar. **9.** Cumplir los lineamientos establecidos para el diseño y/o implementación de los diferentes sistemas de gestión y planes de mejoramiento. **10.** Promover un trato digno, respetuoso y humanizado hacia los pacientes, sus familias y el equipo de trabajo, en concordancia con los principios y valores institucionales del HOSPITAL. **11.** 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,

EDNA YULIETH GARCIA ORJUELA
C.C No. 1.123.512.140
Dirección: CALLE 15 B 5 20 BARRIO LLANO MAR MALECON – ACACIAS
Teléfono: 3123968504
Email: juliemar693@gmail.com

FORMATO COMPLETO

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
Garcia	Orjuela	Edna Yulieth

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1123512140	F ⊗ M ○ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 03 MES 01 AÑO 1993

PAÍS COLOMBIA

DEPTO META

MUNICIPIO ACACÍAS

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 6 7 4 barrio la carolina

PAÍS COLOMBIA DEPTO META

MUNICIPIO CASTILLA LA NUEVA

TELÉFONO 3123968504 EMAIL juliemar693@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	2012

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 HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		CURSO DE HUMANIZACIÓN EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD - RESOLUCIÓN 3100 - 2019	08	2026

FORMATO COMPLETO

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
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	100	X		CURSO DE ATENCION AL CLIENTE	08	2026
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		CURSO PROTOCOLOS DE ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE QUEMADURA CON AGENTES QUÍMICOS - RESOLUCIÓN 3100 DE 2019	08	2026
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas de Conflicto Armado - Resolución 1166 de 2018	08	2026
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	80	X		ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL - COLDIGO FUCSIA - RESOLUCION 3100/2019 Y SENTENCIA C - 55 - 2022	08	2026
INSTITUTO TECNICO DE EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO MANUELA BELTRAN	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	1800	X		TECNICO LABORAL AUXILIAR EN SALUD ORAL	12	2019
INSTITUTO TECNICO DE EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO MANUELA BELTRAN	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		HIGIENE ORAL DE TARTRAJE Y APLICACIÓN DE SELLANTES DE FOTOCURADO	11	2019
INSTITUTO TECNICO DE EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO MANUELA BELTRAN	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	20	X		ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES SISTÉMICAMENTE COMPROMETIDOS "ONCOLÓGICOS Y VIH"	04	2019
INSTITUTO TECNICO DE EDUCACION PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO MANUELA BELTRAN	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	20	X		REHABILITACIÓN ORAL Y NUEVAS TECNOLOGIAS ODONTOLOGICAS	10	2018
INSTITUTO TECNICO PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO MANUELA BELTRAN	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	20	X		FARMACOLOGIA EN ODONTOLOGIA BASICA Y AVANZADA	04	2018

4 IDIOMAS

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD				*PÚBLICA*		*PRIVADA*		*PAÍS*				
DEPARTAMENTO		*MUNICIPIO*						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
TELÉFONOS		*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
		Día		*Mes*		*Año*		*Día*		*Mes*		*Año*
CARGO O CONTRATO ACTUAL		*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN*				

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	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD Cargando...			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* CASTILLA LA NUEVA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6751118	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	08	*Mes*	09	*Año*	2026	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUX ODONTOLOGIA	*DEPENDENCIA* AREA DE ODONTOLOGIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 8 N 5 null via cacayal					

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

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento _____

_____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Castilla la Nueva. — *Ciudad y fecha*

Karol Giraldo Pena — *NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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	2026-08-21 16:03

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
EDNA	YULIETH	GARCIA	ORJUELA

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1123512140

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	ACACÍAS

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	CASTILLA LA NUEVA

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	AUXILIAR ÁREA SALUD

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$0,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$17.000.000,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$60.000.000,00
TOTAL	$77.000.000,00

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	$17.420.800,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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:

DIAN

Declaración de renta y complementario personas naturales y asimiladas residentes y sucesiones ilíquidas de causantes residentes

PRIVADA

210

1. Año: 2024

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 2118746252231

(415)7707212489984(8020) 000211874625223 1

Datos del declarante

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6.DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres	12.Cod. Dirección seccional
1 1 2 3 5 1 2 1 4 0	8	GARCIA	ORJUELA	EDNA	YULIETH	2 2

24. Actividad económica principal	Si es una corrección indique:	25. Cód.	26. No. Formulario anterior	27. Fracción año gravable siguiente	28. Uno por ciento (1%) de compras con factura electrónica
3 3 1 3					314,000

Patrimonio	Total patrimonio bruto	29	59,339,000	Deudas	30	0	Total patrimonio líquido	31	59,339,000

Cédula general

Conceptos/rentas	Rentas de trabajo		Rentas de trabajo que no provengan de una relación laboral o legal y reglamentaria		Rentas de capital		Rentas no laborales	
Ingresos brutos	32	0	43	0	58	326,000	74	51,500,000
Devoluciones, rebajas y descuentos							75	0
Ingresos no constitutivos de renta	33	0	44	0	59	166,000	76	0
Costos y deducciones procedentes			45	0	60	0	77	0
Renta líquida	34	0	46	0	61	160,000	78	51,500,000
Rentas líquidas pasivas - ECE					62	0	79	0
Rentas exentas: Aportes voluntarios AFC, FVP y AVC	35	0	47	0	63	0	80	0
Rentas exentas: Otras rentas exentas	36	0	48	0	64	0	81	0
Rentas exentas: **Total rentas exentas**	37	0	49	0	65	0	82	0
Deducciones imputables: Intereses de vivienda	38	0	50	0	66	0	83	0
Deducciones imputables: Otras deducciones imputables	39	0	51	0	67	0	84	0
Deducciones imputables: **Total deducciones imputables**	40	0	52	0	68	0	85	0
Rentas exentas y/o deduc. imputables (Limitadas)	41	0	53	0	69	0	86	0
Renta líquida ordinaria del ejercicio			54	0	70	160,000	87	51,500,000
Pérdida líquida del ejercicio			55	0	71	0	88	0
Compensaciones por pérdidas			56	0	72	0	89	0
Renta líquida ordinaria	42	0	57	0	73	160,000	90	51,500,000

Ren. líquida céd. gen.	91	51,660,000	**Ren. ex. y ded. imp. li.**	92	314,000	**R. líq. ord. cédula gen.**	93	51,346,000	Comp. pérdidas año 2018 y ant.	94	0
Comp. exc. ren. presuntiva	95	0	Rentas gravables	96	0	**R. líq. grav. cédula gen.**	97	51,346,000	Renta presuntiva	98	0

Cédula de pensiones

Ingresos brutos por rentas de pensiones del país y del exterior	99	0
Ingresos no constitutivos de renta	100	0
Renta líquida	101	0
Rentas exentas de pensiones	102	0
Renta líquida gravable cédula de pensiones	103	0

Cédula de dividendos y/o participaciones

Dividendos y participaciones 2016 y anteriores, y otros	104	0
Ingresos no constitutivos de renta	105	0
Renta líquida ordinaria año 2016 y anteriores	106	0
1a. Subcédula años 2017 y siguientes numeral 3 art. 49 del E.T.	107	0
2a. Subcédula años 2017 y siguientes parágrafo 2 art. 49 del E.T.	108	0
Dividendos y participaciones recibidas del exterior	109	0
Rentas exentas de la casilla 109	110	0
Renta líquida gravable (Cédula general o renta presuntiva, de pensiones y de dividendos y participaciones, art. 241 E.T.)	111	51,346,000

Ganancias ocasionales

Ingresos por ganancias ocasionales del país y del exterior	112	0
Costos por ganancias ocasionales	113	0
Ganancias ocasionales no gravadas y exentas	114	0
Ganancias ocasionales gravables	115	0

Liquidación privada

Impuesto sobre las rentas líquidas gravables: Cédula general, de pensiones y de dividendos y participaciones	116	8,000
Impuesto sobre las rentas líquidas gravables: Renta presuntiva, de pensiones y de dividendos y participaciones	117	0
Impuesto sobre las rentas líquidas gravables: Por dividendos y participaciones año 2017 y siguientes, 2a subcédula (Art. 240 E.T.)	118	0
Impuesto sobre las rentas líquidas gravables: Por dividendos y participaciones año 2016	119	0
Impuesto sobre las rentas líquidas gravables: Por dividendos y participaciones recibidas del exterior	120	0
Total impuesto sobre las rentas líquidas gravables	121	8,000

Descuentos tributarios: Imp. pagados en el exterior 122: 0 — Donaciones 123: 0

Descuentos tributarios: Dividendos, particip. y otros 124: 0 — Total descuentos trib. 125: 0

Impuesto neto de renta	126	8,000
Impuesto de ganancias ocasionales	127	0
Descuento por impuestos pagados en el exterior por ganancias ocasionales	128	0
Total impuesto a cargo	129	8,000
Anticipo renta liquidado año gravable anterior	130	0
Saldo a favor del año gravable anterior sin solicitud de devolución y/o compensación	131	318,000
Retenciones año gravable a declarar	132	13,000
Anticipo renta para el año gravable siguiente	133	0

Saldo a pagar por impuesto	134	0	Sanciones	135	524,000	Total saldo a pagar	136	201,000	Total saldo a favor	137	0
Número de dependientes económicos	138	0	Adición por dependientes a la casilla 92	139	0	Ud. superó tope indicativo art. 336-1 del E.T., marque X	140	0	Aporte voluntario	141	0

961. Cód. Representación: ___ Firma del declarante o de quien lo representa

982. Cód. Contador: ___ Firma contador: ___ 994. Con salvedades: ___

983. No. Tarjeta profesional

997. Espacio exclusivo para la entidad recaudadora

DIAN
2026-07-31 / 02:56:33 PM
2026-07-31 16:56:33
Fecha Acuse de Recibo
- Firmado -

980. Pago total $ 0

996. Espacio para el número interno de la DIAN/ Adhesivo

91900471561939

2026420690000 2

PRELIMINAR

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 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: Yolieth Garcia

Cédula: 1123512140

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.123.512.140



Apellidos
GARCIA ORJUELA

Nombres
EDNA YULIETH

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.68	F

Fecha de nacimiento
03 ENE 1993

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
ACACIAS (META)

Fecha y lugar de expedición
06 ABR 2011, CASTILLA LA NUEVA

Fecha de expiración
27 JUN 2034

Firma

CO

049499047

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL0494990474520 10 <<<<<<<<<<
9301032F3406278COL11 2 512140<2
GARCIA<ORJUELA<<EDNA< ULIETH<<

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141280015674

(415)7707212489984(8020) 000014128001567 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 2 3 5 1 2 1 4 0	8	Impuestos y Aduanas de Villavicencio 2 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 1 2 3 5 1 2 1 4 0	

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
GARCIA	ORJUELA	EDNA	YULIETH

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal
CR 6 N 7 LA CAROLINA

42. Correo electrónico juliemar693@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 2 3 9 6 8 5 0 4	

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 2 2	2 0 2 6 0 9 0 8							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	5	0																					

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
49 - No responsable de IVA
50 - No responsable de Consumo restauran

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 2026-09-21 / 08:15:52PM

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 GARCIA ORJUELA EDNA YULIETH
985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 24-10-2026 09:31:55AM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141280015674

(415)7707212489984(8020) 000014128001567 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 1 2 3 5 1 2 1 4 0	8	Impuestos y Aduanas de Villavicencio	2 2	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza		63. Formas asociativas		64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 9	
72. Número		
73. Fecha		
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 2 2 0 5 1 9	
77. No. Matrícula mercantil	4 1 8 0 0 3	
78. Departamento	5 0	
79. Ciudad/Municipio	4 0	
Vigencia		
80. Desde		
81. Hasta		

Composición del Capital

82. Nacional ____ %

83. Nacional público ____ %

84. Nacional privado ____ %

85. Extranjero ____ %

86. Extranjero público ____ %

87. Extranjero privado ____ %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1				-
2				-
3				-
4				-
5				-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Página 3 de 3 **Hoja 6**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141280015674

(415)7707212489984(8020) 000014128001567 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 1 2 3 5 1 2 1 4 0	8	Impuestos y Aduanas de Villavicencio	2 2	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Otras actividades de telecomunicaciones 6 1 9 0	

162. Nombre del establecimiento: MARIANET16

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Meta 5 0	Castilla la Nueva 1 5 0	

165. Dirección: CR 8 6 48 LC 4 BRR CENTRO

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
3 0 8 8 1 9	2 0 1 7 0 2 1 6	
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**	
3 1 2 3 9 6 8 5 0 4	2 0 1 8 1 1 1 9	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Expendio de bebidas alcohólicas para el consumo dentro del establecimient 5 6 3 0	

162. Nombre del establecimiento: DISCO - BAR D Y D ACACIAS

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Meta 5 0	Acacías 0 0 6	

165. Dirección: DG 5 15 20 BRR GRANJA LAS CABAÑAS

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
4 1 8 0 0 3	2 0 2 2 0 5 1 9	
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**	
3 1 2 3 9 6 8 5 0 4		

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**	

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 57615646-5e15-42c5-8d22-b0f384f48c14

Nombres y apellidos / Full name: **EDNA YULIETH GARCIA ORJUELA**

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

Número de identificación / ID Number: **1123512140**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **03/01/1993**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **0312396850**

Correo electrónico / e-mail: **NOAPORTA@GMAIL.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
		Día / Day	Mes / Month	Año / Year				
TdaP Acelular Gestante	Anual	28	04	2015		AC37B155AA	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	
Hepatitis B Adultos Particular	Primera	03	07	2019		UFX18011	CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL META	PAOLA SILGUERO
COVID ASTRAZENECA	Primera	04	11	2021	Oxford-AstraZeneca	PW40025	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	MARIA RIVERA
COVID ASTRAZENECA	Segunda	29	12	2021	Oxford-AstraZeneca	NL0122	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	MARIA RIVERA
TD Adulto	Primera	27	01	2025	Serum	2333L037C	MULTISALUD SAN JOSE	LAURA PRIETO
TdaP Acelular Gestante	Anual	04	04	2025	Glaxo SmithKline	AC37B466AA	MULTISALUD SAN JOSE	INGRID KATHERIN SANCHEZ TIMOTE - CC1000731637 - ACTIVO
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	09	05	2025	GC BIOPHARMA CORP	V50525002	MULTISALUD SAN JOSE	LAURA PRIETO
Fiebre Amarilla	Única	22	06	2026	Fabricante	24G0660	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	SILVIA CATHERINE QUEVEDO POVEDA - CC1123512346 - ACTIVO
Sarampión Rubéola	Adicional	27	08	2026	Serum	0096M003	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	SILVIA CATHERINE QUEVEDO POVEDA - CC1123512346 - ACTIVO
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	27	08	2026	GC BIOPHARMA CORP	V50526002	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	SILVIA CATHERINE QUEVEDO POVEDA - CC1123512346 - ACTIVO

El Mnisterio 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 Mnistery of Health and Social Protection certifies that the informatión 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.

Este carnet es valido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

CONSERVALO

En caso de requerir el certificado Internacional de vacunación Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados

POR MI Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Santa Bárbara

Centro de Especialistas
SANTA BARBARA, I.P.S.
Cra. 38 No. 36 - 30 Barzal Tel. 684 8597 V/cio
Cra. 14 Nº 12 - 34 Tel. 657 4516 Acacias

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN DEL ADULTO

Nombres:	EDNA YULIETH
Apellidos:	GARCIA ORJUELA
Documento de Identidad:	C.C. [X] T.I. [ ] Pasaporte [ ] No. 1123512146
Fecha de Nacimiento:	DÍA 03 MES 01 AÑO 1987

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	30-10-2	Centro Especialistas Santa Barbara I.P.S.	
	2	30 NOV 2015		
	3			

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Otras				

CENTRO DE ESPECIALISTAS SANTA BARBARA IPS SAS

NIT: 900051899
Dir: **Carrera 14 N° 12-34 Edificio Santa Bárbara pisos 1 y 2 Sede principal**
Celular: **313 343 0779 - 317 437 3838 - 311 279 5155**
Correo: **atencionalusuario@santabarbaraips.com**
Acacias - Villavicencio - Castilla(meta-colombia)



N° 20.915

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
21 DÍA	08 MES	2026 AÑO	VILLAVICENCIO (META, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE 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	
GARCIA ORJUELA EDNA YULIETH	FEMENINO	33 AÑOS 7 MESES 16 DÍAS	CC (Tipo)	1123512140 (Número)

Cargo: **AUXILIAR ODONTOLOGIA**

EPS	AFP	ARL
NO REFIERE	NO REFIERE	NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CUMPLE CON LOS REQUISITOS NECESARIOS PARA EL PERFIL DEL CARGO

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:

OPTOMETRIA	✓	EVALUACION MEDICA PRE-INGRESO	✓
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

MEDIDAS DE BIO-SEGURIDAD

Declaro que he sido informado de manera clara, suficiente y comprensible sobre la realización de evaluaciones médicas ocupacionales de ingreso, periódicas, egreso, reintegro o post incapacidad, conforme al perfil del cargo y a los riesgos laborales identificados. Comprendo que estas valoraciones tienen como propósito determinar mi aptitud laboral, identificar factores de riesgo, establecer medidas de prevención, vigilancia y seguimiento en salud, y proteger mi bienestar y seguridad en el trabajo. Autorizo la práctica de exámenes clínicos, pruebas complementarias, de laboratorio y evaluaciones específicas que se requieran según mi actividad laboral, incluyendo aquellas para cargos de riesgo. Se me han explicado los beneficios de la detección temprana de alteraciones en la salud, así como las posibles molestias o limitaciones derivadas de los procedimientos. Entiendo que mi participación es voluntaria, que puedo formular preguntas y que estas han sido resueltas satisfactoriamente. Acepto que la información obtenida sea tratada de forma confidencial, reservada y segura, conforme a la normatividad vigente en protección de datos personales, y que los resultados serán comunicados únicamente en términos de aptitud laboral a la empresa. Declaro que he leído, comprendido y otorgo mi consentimiento libre, previo e informado para la realización de dichas evaluaciones.

Médico

Elkin Daniel Cardenas Bautista
Especialista en Salud Ocupacional
RM 50-1455 Licencia No. 1151/12

Firma:

Nombre: CC: 79822588 - ELKIN DANIEL CARDENAS

R. M.: 501455 **L.S.O.:** 8027

Código de Seguridad
K1600Q1W20915

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: GARCIA ORJUELA EDNA YULIETH

CC: 1123512140

Salud Total EPS

CERTIFICA Que el (la) señor(a) EDNA YULIETH GARCIA ORJUELA con documento de identidad C.C. 1123512140, a la fecha de expedición de la presente comunicación, consta en nuestra base de datos del Régimen Contributivo en estado Activo(a) en la ciudad de Castilla la Nueva, desde 01/09/2020. Recuerde que cuando adquiera nuevamente un vinculo laboral su cobertura en salud le ser a dada nuevamente por nosotros bajo el Régimen Subsidiado. En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su cuidad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Se expide el día 28 Dia Del Mes De octubre del 2026 atendiendo la solicitud del interesado.

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO

Cordialmente,

Gerencia de Operaciones Comercial
SALUD TOTAL EPS S.A.

POSITIVA

GRUPO BICENTENARIO

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

GARCIA ORJUELA EDNA YULIETH identificado con CC. 1123512140 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	2026/09/08	**Fecha inicio contrato**	2026/09/08
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/12/22
Riesgo	3	**Código actividad económica**	3861001 - Actividades de hospitales y clinicas, con internacion, comprende las actividades que consisten principalmente en
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	2026/12/22	**Estado del contrato**	Activa

Esta certificación se expide a los 3 días del mes de noviembre 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: **CC03112026N1123512140A24490719.** Este código es válido por un mes.

CER_AFI_2026033953370

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) EDNA YULIETH GARCIA ORJUELA identificado(a) con C.C No. 1.123.512.140, se encuentra afiliado(a) a Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 03 de noviembre del 2026.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.

C&R

Gerencia de cuentas y recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

FORMATO COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Yo, Edna Yuleth Garcia Orjuela identificado con cédula de ciudadanía No 1123512140 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 _____ ( ) días del mes de _____ del _____.

LA PARTE RECEPTORA (Firma)
Nombre. Edna Yuleth Garcia O.
CC No. 1123512140
Nit. No. N/A
Empresa N/A

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] Edna Yulieth García Ojuela quien me identifico con cedula 1123512140 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 _____

Firma: _____

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

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 305327512

PIB
19:11:06

Bogotá DC, 23 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) EDNA YULIETH GARCIA ORJUELA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1123512140:

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 sábado 24 de octubre de 2026, a las 08:36:41, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1123512140
Código de Verificación	1123512140261024083640

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 07:24:58 PM horas del 23/10/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1123512140**
Apellidos y Nombres: **GARCIA ORJUELA EDNA YULIETH**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

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

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

Consultar por:

CEDULA DE CIUDADANIA

N° Identificación, Comparendo o Expediente:

1123512140

Fecha Expedición:

06/04/2011

Nueva Busqueda | Validar Policía

Preguntas Frecuentes (https://srvcnpc.policia.gov.co/multimedia/formatos/PREGUNTAS_FRECUENTES_CNSCC_RNMC.pdf)

Imprimir

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 09/11/2026 02:43:45 p. m. **el ciudadano con la Cedula de Ciudadania: 1123512140 de Nombre: GARCIA ORJUELA EDNA YULIETH**

PRESENTA LOS SIGUIENTES REGISTROS:

Expediente	Formato	Id Infractor	Infractor	Id Custodio	Custodio	Nit	Razon Social	Id Representante	Represent
50-006-6-2022-662	5000615445	1123512140	GARCIA ORJUELA EDNA YULIETH			NO REPORTADO	CLUB D Y D	1123512140	GARCIA ORJUELA E YULIETH

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana".

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 identificacion corresponda con el documento de identidad suministrado.

Advertencias:

1. Para presentar una petición, Queja, Reclamos y Sugerencia relaciona con esta consulta, puede hacerlo ante la autoridad de policía que impuso la medida correctiva, o de no ser posible, podrá hacerlo a través de las Oficinas de Atención al Ciudadano (OAC) que se encuentran ubicadas en las unidades policiales, direcciones, comandos de metropolitanas y departamentos de policía, o mediante la página web de la Institución www.policia.gov.co, mediante la pestaña de trámites y servicios al ciudadano y luego accediendo al link de Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias.
2. **Si el estado de la medida se encuentra en: "CERRADO" o "EN PROCESO" el presente documento NO genera las consecuencias por el no pago de multas descritas en el artículo 183 de la Ley 1801 de 2016.**
3. El reporte de la medida correctiva impuesta permanecerá para la consulta por parte de las autoridades de policía y entidades del Estado, por el lapso de un (01) año después de su cumplimiento (CERRADO), según Decreto 001284 del 31 de julio de 2017.
4. Si pasados seis meses a partir de la fecha de imposición de multa, hasta cuando el infractor no se ponga al día con el pago de la misma, se generan las consecuencias por el no pago descritas en el artículo 183 de la Ley 1801 de 2016, así:
   - Obtener o renovar permiso de tenencia o porte de armas.
   - Ser nombrado o ascendido en cargo público.
   - Ingresar a las escuelas de formación de la Fuerza Pública.
   - Contratar o renovar contrato con cualquier entidad del Estado.
   - Obtener o renovar el registro mercantil en las cámaras de comercio.
5. Es de responsabilidad del infractor acudir ante la autoridad de policía que impuso la medida correctiva para actualizar el estado de cumplimiento o no procedencia en el Registro Nacional de Medidas Correctivas.
6. Información extraída del Registro Nacional de Medidas Correctivas (artículo 184 de la Ley 1801 de 2016).

Detalle Comportamiento Contrario a la Convivencia

Número de Expediente:

50-006-6-2022-662

Artículo:

Art. 38 Comportamientos que afectan la integridad de niños, niñas y adolescentes

Numeral:

Num. 1 Permitir, auspiciar, tolerar, inducir o constreñir el ingreso de los niños, niñas y adolescentes a los lugares donde

Literal:

Lit. a Se realicen espectáculos o actividades cinematográficas aptas solo para mayores de 18 años

Apelación:

0

Localidad:

NO APLICA LOCALIDAD - COMUNA

Relato Hechos:

EN ACTIVIDADES DE SUPERVISION Y CONTROL DE ESTABLECIMIENTO ABIERTOS AL PUBLICO EN COORDINACION CON INFANCIA Y ADOLESCENCIA SE EVIDENCIA QUE EN EL ESTABLECIMIENTO DE RAZON SOCUIAL D Y D SE ENCUENTRA UN A MENOR DE EDAD SHARICK FABIANA FONTECHA CAMACHO DE 17 AÑOS DE EDAD T.I. 1123801264 EN UN ESTABLECIMIENTO DONDE SE EXPENDE BEBIDAS ALCOHOLICAS. EL PROCEDIMIENTO SE REALIZA CON PERSONAL DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA POR LO ANTERIOR SE REALIZA LA SUSPENSION TEMPORAL DE LA ACTIVIDAD DE ACUERDO AL ARTICULO 38 ·1 LITERAL E DE LA LEY 1801 2016

Descargos:

PORQUE LA MENOR PRESENTO UNA CEDULA QUE NO ERA DE ELLA

Medidas Correctivas

Medida	Atribucion	Remitido a:	Direccion:	Estado
Multa General Tipo 4	INSPECTOR DE POLICÍA	INSPECCIÓN SEGUNDA DE POLICÍA ACACIAS	KR 15 12-50 SEGUNDO PISO	EN PROCESO
Suspensión temporal de actividad	COMANDANTE DE ESTACIÓN, SUBESTACIÓN, CAI PONAL	ESTACION DE POLICIA ACACIAS	Carrera 13 N° 13 - 65 Barrio Juan Mellao	CERRADO
Destrucción de bien	COMANDANTE DE ESTACIÓN, SUBESTACIÓN, CAI, PERSONAL UNIFORMADO PONAL	ESTACION DE POLICIA ACACIAS	Carrera 13 N° 13 - 65 Barrio Juan Mellao	CERRADO

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

GOV.CO

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:12:34 horas del 24/10/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1123512140,**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **hospital de castilla la nueva** , 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 1123512140 **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 24/10/2026 10:45 AM

Código Verificación: **BP1RT7ACGF**

Válida hasta: **24/01/2027**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Banco Caja Social

Su banco amigo

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

EDNA YULIETH GARCIA ORJUELA Identificado con CC 1123512140

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina PLAZOLETA CENTAUROS, con las siguientes caracteristicas:

Cuentamiga

Número:	24060928391
Fecha de apertura:	10 de Marzo de 2016
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a QUIEN CORRESPONDA, realizada en la Oficina 0528 ACACIAS de la ciudad de ACACIAS, el día Martes, 3 de Noviembre de 2026.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

Escaneado con CamScanner

La República de Colombia
y en su nombre el

Instituto Educativo CETEL

Centro Educativo Técnico Laboral
Castilla La Nueva - Meta

Autorizado por la Secretaría de Educación del Departamento del Meta, según Resolución No. 3178 del 26 de Noviembre de 2012.

Confiere A:

Edna Yulieth García Orjuela

Identificado (a) con Nº. 1123512140 de Castilla La Nueva, Meta

El Título de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica según los planes y programas vigentes

Luis Adriano Hernández
C.C. Nº. 478.337 de Restrepo, Meta
Rector

Sugey Mariana Hernández Parra
C.C. Nº. 1.122.648.156 de Restrepo, Meta
Secretaria

CENTRO EDUCATIVO TÉCNICO LABORAL CETEL

Este Diploma no requiere de registro en Secretaría de Educación
(Decreto Nacional No. 921 de 1,994)
Anotado en el Control interno del plantel en el
Libro de Registro No. 456
Acta No. 070 Folio No. _____

Dado en Castilla La Nueva - Meta, a los 8 días del mes de Diciembre de 2012.

INSTITUTO EDUCATIVO CETEL
CENTRO EDUCATIVO TÉCNICO LABORAL
Castilla La Nueva – Meta

DANE: 350150000001 *NIT: 478537-5*

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

En Castilla La Nueva - Meta, a los 8 días del mes de Diciembre de 2012, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del grado undécimo, el suscrito Rector y Secretaria en la Rectoría del Instituto Educativo "CETEL", Institución Aprobada hasta nueva visita en el Nivel de Educación Media Académica, y autorizada por la Secretaría de Educación del Departamento del Meta, según Resolución No. 5178 del 26 de noviembre de 2012.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, llenando los requisitos del respectivo Proyecto Educativo Institucional, se procedió a otorgar el título de:

BACHILLER ACADÉMICO

Al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

EDNA YULIETH GARCÍA ORJUELA

Identificado (a) con Nº. 1123512140 de Castilla La Nueva, Meta

Es fiel copia tomada del Acta General de Graduación No. 020 de fecha 8 de Diciembre de 2012. que consta de _____ estudiantes que inicia el Nombre de: AGUILAR LÓPEZ ERIKA FABIOLA y cierra con el nombre de: VANEGAS ZACIPA DIANA MARCELA.

Firmada y sellada por LUIS ADRIANO HERNÁNDEZ (Rector)

Y SUGEY MARIANA HERNÁNDEZ PARRA (Secretaria).

Dada en Castilla La Nueva - Meta, a los 8 días del mes de Diciembre de 2012.

LUIS ADRIANO HERNÁNDEZ
C.C. 478.537 Restrepo, Meta
Rector

SUGEY MARIANA HERNÁNDEZ PARRA
C.C. No. 1.122.648.768 de Restrepo, Meta
Secretaria

NOTA: Según Decreto No. 1024 del 15 de Abril de 1982 No requiere autenticación de firmas

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

Y en su Nombre el

INSTITUTO TÉCNICO DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

MANUELA BELTRAN

Ley 1064/2006

Granada Meta

Según acuerdo de la comisión intersectorial para el talento humano en Salud del Ministerio de la Protección Social y Ministerio de Educación N. 0145 del 18 de Junio de 2018 y Registro de Programa No. 5758 del 2018 de la Secretaria de Educación Departamental

Confiere el certificado de Aptitud Ocupacional por competencias

TÉCNICO LABORAL AUXILIAR EN SALUD ORAL

A

Edna Julieth Garcia Oyuela

Identificado (a) con C.C. No. 1.123.512.140 de Castilla La Nueva

Por haber cursado y aprobado el programa por Competencias Laborales, Técnico Laboral Auxiliar En Salud Oral, con una intensidad de 1800 horas.

DAMAR SUAREZ GOMEZ
Director General

MIJOY RAMOS
Secretaria General

Registro al No 01 del folio No 29 L.R01 de esta institución
Dado en Granada a los 01 días del mes 12 de 2019

ACTA DE GRADO

ACTA DE CERTIFICACIÓN

INSTITUTO TÉCNICO DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

MANUELA BELTRAN

Granada Meta

NIT 86009582-9

En el Municipio de Granada, (Meta) a los 01 dias del mes de Diciembre del año 2019, se realizó el acto de certificación, presidido por el Director General **ING. DAMAR SUÁREZ GÓMEZ** en la cual el Instituto Técnico Manuela Beltrán - Institución de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano (ley 1064 de 2006), previo juramento confiere el certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias, ***TÉCNICO LABORAL AUXILIAR EN SALUD ORAL,*** según acuerdo NO. 0145 del 18 de Junio de 2018 de la comisión intersectorial para el talento humano en salud, del Ministerio de la Protección Social y Ministerio de Educación y Resolución de Aprobación No. 5758 de 2018 de la Secretaria de Educación Departamental, al alumno(a):

Edna Yulieth Garcia Orjuela

Identificado (a) con C.C. No. 1.123.512.140 de Castilla La Nueva

Quien cursó y aprobó el programa por competencias Laborales; **TÉCNICO LABORAL AUXILIAR EN SALUD ORAL** con una intensidad de **1800** horas y cumplió con los requisitos legales exigidos por la institución y el Estado.

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 21 de fecha **01 de Diciembre de 2019** que consta de 18 alumno(s), que inicia con el Nombre de **BOLAÑOS TACUMA LISETH DANIELA** y cierra con el Nombre de **VALENCIA MOLINA YENI KATERINE.**

Firmada y Sellada por:

Dado en Granada (Meta), a los 01 dias del mes de Diciembre de 2019

DAMAR SUÁREZ GOMEZ
Director General

NELLY RAMOS
Secretaria General

Registro al No 21 del folio No 29 L.R.de esta Institución

INSTITUTO TÉCNICO MANUELA BELTRÁN
MABE



EDNA YULIETH
GARCIA ORJUELA
RH: O+
CARNÉ: EG 1123512140
TÉCNICO LABORAL AUXILIAR
EN SALUD ORAL

1123512140

01/12/2019
FECHA DE GRADUACIÓN

EGRESADO

Este documento es de uso personal e intransferible y acredita al portador como estudiante de la Institución Carece de validez si la fecha de estampilla no está vigente o presenta deterioro. La reposición de esta credencial se efectuará de acuerdo con las normas vigentes.

Director General

MABE

INSTITUTO TÉCNICO DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO MANUELA BELTRÁN

Autorizado por la Secretaria de Educación del Meta
Mediante Resolución No. 2399 de Noviembre de 2003

REGISTRO: MB20192140

Certificado

HIGIENE ORAL DE TARTRAJE Y APLICACIÒN DE SELLANTES DE FOTOCURADO

Concedido a:

EDNA YULIETH GARCIA ORJUELA

Con documento de Identidad Número. 1.123.512.140 de Castilla la Nueva Meta, por haber culminado y aprobado satisfactoriamente el Seminario Teórico Practico, con una intensidad de 40 horas.

UNCAMINO AL EXITO

ING. DAMAR SUAREZ GOMEZ
Director General

LEONARD LUCERO
Conferencista

Dado en Granada Meta a los 10 días del mes de noviembre de 2019

VERIFICACIÒN: contacto@institutomabe.edu.co

MABE

INSTITUTO TÉCNICO DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO MANUELA BELTRÁN

Autorizado por la Secretaria de Educación del Meta
Mediante Resolución No. 2399 de Noviembre de 2003

REGISTRO: MB20192140

Certificado

ATENCIÒN ODONTOLÒGICA A PACIENTES SISTÈMICAMENTE COMPROMETIDOS "ONCOLÒGICOS Y VIH"

Concedido a:

EDNA YULIETH GARCIA ORJUELA

Con documento de Identidad Número. 1.123.512.140 de Castilla la Nueva, por haber culminado y aprobado satisfactoriamente el Seminario Teórico Practico, con una intensidad de 20 horas.

ING. DAMAR SUAREZ GOMEZ
Director General

LEONARD LUCERO
Conferencista

Dado en Granada Meta a los 13 días del mes de Abril de 2019

VERIFICACIÓN: contacto@institutomabe.edu.co

MABE

INSTITUTO TÉCNICO DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO MANUELA BELTRÁN

Autorizado por la Secretaria de Educación del Meta
Mediante Resolución No. 2399 de Noviembre de 2003

REGISTRO:MB20192140

Certificado

REHABILITACIÒN ORAL Y NUEVAS TECNOLOGIAS ODONTOLOGICAS

Concedido a:

EDNA YULIETH GARCIA ORJUELA

Con documento de Identidad Número. 1123512140, por haber culminado y aprobado satisfactoriamente el Seminario Teórico Practico, con una intensidad de 20 horas.

UNCAMINO AL EXITO

ING. DAMAR SUAREZ GOMEZ
Director General

LEONARD LUCERO
Conferencista

Dado en Granada Meta a los 13 días del mes de octubre de 2018

VERIFICACIÒN: contacto@institutomabe.edu.co

MABE

INSTITUTO TÉCNICO DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO MANUELA BELTRÁN

Autorizado por la Secretaria de Educación del Meta
Mediante Resolución No 2399 de Noviembre de 2003

Certificado

FARMACOLOGIA EN ODONTOLOGIA BASICA Y AVANZADA

Concedido a:

GARCIA ORJUELA EDNA YULIETH

Con documento de Identidad Número. 1.123.512.140 de Castilla la Nueva, por haber culminado y aprobado satisfactoriamente el Seminario Teórico Practico, con una intensidad de 20 horas.

UN CAMINO AL EXITO

ING. DAMAR SUAREZ GOMEZ
Director General

LEONAR LUCERO
Conferencista

Dado en Granada Meta a los 21 días del mes de Abril de 2018

Correo de Verificación: contacto@institutomabe.edu.co

Educación

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

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

Hace Constar que:

Edna Yulieth García Orjuela

CC 1123512140 de Castilla la Nueva - Meta

Realizó y aprobó el Curso de Humanización en la Prestación de Servicios de Salud - Resolución 3100 -2019 con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-08-20
Fecha de vencimiento: 2028-08-20

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

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

DEIBE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

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

Hace Constar que:

Edna Yulieth García Orjuela

CC 1123512140 de Castilla la Nueva - Meta

Realizó y aprobó el Curso de Atención al Cliente
con un total de 100 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-08-18
Fecha de vencimiento: 2028-08-18

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

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

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

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

Hace Constar que:

Edna Yulieth García Orjuela

CC 1123512140 de Castilla la Nueva - Meta

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

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-08-16
Fecha de vencimiento: 2028-08-16

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

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

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

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

Hace Constar que:

Edna Yulieth García Orjuela

CC 1123512140 de Castilla la Nueva - Meta

Realizó y aprobó el Curso Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas de Conflicto Armado - Resolución 1166 de 2018
con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-08-14
Fecha de vencimiento: 2028-08-14

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

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

DEIBE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

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

Hace Constar que:

Edna Yulieth García Orjuela

CC 1123512140 de Castilla la Nueva - Meta

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

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-08-12
Fecha de vencimiento: 2028-08-12

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

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

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

CONTRATO CIVIL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. 2026-336

CONTRATANTE	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E. NIT. 900.004.059-7
CONTRATISTA	**EDNA YULIETH GARCIA ORJUELA** C.C No. 1.123.512.140 Dirección: CALLE 15 B 5 20 BARRIO LLANO MAR MALECON – ACACIAS Teléfono: 3123968504 Email: juliemar693@gmail.com
OBJETO	"PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ODONTOLOGIA EN EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E."
VALOR	CINCO MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS ($5.300.000) M/CTE.
TERMINO DE EJECUCION	DOS (2) MESES

Entre los suscritos: **MARTHA LUCIA HERRERA RIOS,** mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía número 31.021.427 expedida en Castilla la Nueva – Meta, obrando en calidad de Gerente del Hospital de Castilla la Nueva "E.S.E.", nombrada mediante el Decreto Municipal No. 098 del 22 de marzo de 2024, posesionada según Acta No. 056 del 27 de marzo de 2024 con efectos fiscales a partir del 01 de abril de 2024, facultada para contratar mediante Acuerdo No 006 del 08 de octubre de 2024 y el Acuerdo No 04 del 20 de junio de 2023, en nombre y representación del **HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO,** quien en adelante y para los efectos del presente CONTRATO se denominará **EL HOSPITAL**, por una parte, y por la otra parte la señora **EDNA YULIETH GARCIA ORJUELA**, quien se identifica con C.C. No. 1.123.512.140 de Castilla la Nueva, y quien para efectos de este Contrato se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos convenido celebrar el presente **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**, considerando: **1.** Que, el numeral 6 del artículo 195 de la Ley 100 de 1993, señala respecto a la forma de contratar de la entidad, que: *"En materia contractual se regirá por Derecho Privado, pero podrá discrecionalmente utilizar las cláusulas exorbitantes previstas en el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública."*, virtud por la cual el presente contrato se rige por los preceptos civiles y comerciales colombianos, por el Estatuto Interno de Contratación y por el Manual de Contratación; y respecto a las cláusulas exorbitantes, serán sujetas de aplicación según los parámetros adoptados en el artículo 9 del Estatuto Interno de Contratación. **2.** Que, el artículo 13 de la Ley 1150 de 2007, consagró que las Entidades Estatales que por disposición legal, cuenten con un régimen contractual excepcional al del Estatuto General de Contratación de la Administración Pública, aplicarán en desarrollo de su actividad contractual, acorde con su régimen legal especial, los principios de la función administrativa (igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, mediante la descentralización, la delegación y la desconcentración de funciones) y de la gestión fiscal de que tratan los artículos 209 y 267 de la Constitución Nacional. **3.** Que, para todos los efectos legales del presente contrato de Prestación de Servicios, así como para su celebración, ejecución y liquidación, se regirá por las normas del Derecho Privado, el Estatuto interno de Contratación, el Manual de Contratación, y las demás normas que de común acuerdo se incluyan en el Contrato. **4.** Que, el Hospital Municipal de Castilla la Nueva E.S.E., en su Estudio Previo sobre la conveniencia y la oportunidad, estableció la necesidad de contratar los servicios de un **TECNICO EN AUXILIAR DE ODONTOLOGÍA PARA EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E,** que garantice la prestación del servicio

de forma personal, fortaleciendo así el cumplimiento del objeto principal de la entidad como prestadora de servicios de salud de baja complejidad o de primer nivel de atención. **5.** Que, de acuerdo con las Leyes 10 de 1990 y 100 de 1993, la prestación de servicios de salud puede ser contratada por personas Jurídicas o Naturales, profesionales de la salud, bajo los parámetros estándares, de conformidad con lo establecido por el Decreto 2209 del 29 de octubre de 1998, por el cual se modificó parcialmente los Decretos 1737 y 1738 del 21 de agosto de 1998. **6.** Que, teniendo en cuenta las calidades y la experiencia demostrada por EL CONTRATISTA, es viable la suscripción del presente Contrato de Prestación de Servicios. **7.** Que, para la suscripción del presente Contrato, EL HOSPITAL cuenta con la disponibilidad presupuestal de la vigencia 2026. **8.** Que, EL CONTRATISTA se compromete con EL HOSPITAL a la ejecución idónea y oportuna del objeto contratado. **9.** Que, EL CONTRATISTA manifiesta con la suscripción del CONTRATO, que entiende qué es una inhabilidad e incompatibilidad, su deber de NO suscribir contratos con EL HOSPITAL si estuviere en curso de las causales, por lo cual, al suscribir el presente Contrato manifiesta NO estar inhabilitado ni incurso en incompatibilidades consagradas en la norma. **10.** Que, conforme con las anteriores consideraciones y de acuerdo con la normatividad vigente, se desprende que esta contratación cuyas cláusulas se enuncian a continuación es jurídicamente viable: **CLAUSULA PRIMERA – OBJETO:** EL CONTRATISTA se obliga para con EL HOSPITAL a la **"PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ODONTOLOGIA EN EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E."**, de acuerdo a los requerimientos y calidades establecidas por la entidad. **CLAUSULA SEGUNDA – ACEPTACIÓN DE DISPOSICIONES Y PROCEDIMIENTOS DE LA ENTIDAD:** EL CONTRATISTA se obliga con la entidad, en desarrollo de este CONTRATO de Prestación de Servicios, a respetar las disposiciones y los procedimientos internos técnicos y administrativos, y las políticas que se fijen por parte de EL HOSPITAL, con el fin de prestar en forma óptima el servicio contratado. EL CONTRATISTA garantiza la prestación de los servicios contratados en la cantidad y calidad acordados con el contratante. **CLAUSULA TERCERA - PLAZO DE EJECUCIÓN:** El plazo de ejecución será de **DOS (2) MESES** 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. **CLÁUSULA CUARTA – VALOR:** Para todos los efectos, el valor del presente contrato se suscribe por la suma de **CINCO MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS ($5.300.000) M/CTE.**, incluidos los impuestos de ley a que haya lugar. **CLAUSULA QUINTA - FORMA DE PAGO:** El Hospital de Castilla La Nueva E.S.E cancelará el valor del contrato de la siguiente manera: En mensualidades vencidas, iguales y sucesivas por valor de **DOS MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($ 2,650,000) 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 1º 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. **CLAUSULA SEXTA - DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL:** El pago del presente contrato se imputa al presupuesto de la vigencia fiscal 2026 código **CCPET: 2.1.2.02.02.009.01.01.02** denominado **"REMUNERACIÓN SERVICIOS TÉCNICOS"** según Certificado de Disponibilidad Presupuestal número 000884 expedido por el Subgerente Administrativo y Financiero de EL HOSPITAL. **CLAUSULA SEPTIMA – A) OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA:** LA CONTRATISTA será responsable y se obliga a: **1.** Iniciar la ejecución del presente contrato solo una vez cumplidos los requisitos exigidos para ello y, a más tardar, dentro del día siguiente a aquel en que se suscriba el acta de inicio. **2.** Realizar demanda inducida mediante gestiones telefónicas y reportarlas a la Coordinadora de consulta externa con la periodicidad y la intensidad que la Coordinadora disponga. **3.** Informar al odontólogo sobre la agendada de pacientes, preparar el instrumental, los materiales y equipos para las atenciones odontológicas; y apoyarlo en los diferentes procesos y procedimientos que se realizan a los pacientes en el consultorio o en actividades extramurales programadas por el hospital, incluido el diligenciamiento y verificación de la historia clínica. **4.** Apoyar al profesional de odontología en el proceso de elaboración, recepción, organización, registro y actualización en el sistema del hospital, de los pedidos de insumos de odontología, así como de los equipos e insumos medicoquirúrgicos, incluyendo su semaforización y disposición física en el consultorio. **5.** Dar buen uso a los equipos e instrumental e informar al odontólogo sobre reparaciones necesarias y mantenimiento de equipos; y apoyarlo en los requerimientos al personal administrativo de EL HOSPITAL. **6.** Pre lavar el instrumental a cargo y llevarlo al área de esterilización; así como recogerlo y organizarlo en el consultorio, manteniéndolo en perfecto estado de aseo y orden. **7.** Mantenerse actualizado respecto al conocimiento de su actividad profesional, y asistir a las capacitaciones que brinde EL HOSPITAL. **8.** LA CONTRATISTA presentará informes de las actividades desarrolladas en ejecución del presente contrato, realizando dicho informe con detenimiento, consignando información verídica de la ejecución del período contractual a informar. **9. CUMPLIR LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS PARA EL DISEÑO Y/O IMPLEMENTACION DE LOS DIFERENTES SISTEMAS DE GESTIÓN Y PLANES DE MEJORAMIENTO. 10.** El CONTRATISTA entiende que presta los servicios a una entidad pública que participa directamente en la garantía del derecho fundamental a la salud, de igual forma, entiende que el HOSPITAL busca la humanización del servicio para cumplir con objetivos de acreditación y mejora significativa del servicio, por lo que debe el CONTRATISTA poner a disposición del servicio, las actitudes correctas que permitan representar los valores de la entidad. El contratista pondrá en práctica los criterios positivos de actitud frente al paciente y su familia y, en el ambiente profesional en el lugar en donde presta sus servicios. Estos criterios serán evaluados por el SUPERVISOR. **11.** Las demás que se deriven de la naturaleza del contrato y que garanticen su cabal y oportuna ejecución. **B). OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA: 1**. Cumplir con el objeto y obligaciones previstas en el contrato y el estudio previo correspondiente. **2.** Cumplir con los requisitos de ejecución del contrato y suscribir el acta de inicio. **3.** Asistir y participar en los comités, reuniones, talleres, juntas y demás eventos que le indique el supervisor y se relaciones con el objeto del contrato **4.** Mantener la reserva y confidencialidad de la información, documentos y resultados que conozca y obtenga directa o indirectamente con ocasión del servicio desarrollado y deberá abstenerse de divulgar en cualquier tiempo, por cualquier medio de comunicación o demás, e contenido total o parcial de la información que le sea encomendada para el desarrollo de este contrato. **5.** Mantener actualizado su domicilio durante el plazo de ejecución del contrato y cuatro meses más y presentarse a la Hospital de castilla la nueva en el momento en que se ha requerido por el mismo, para la suscripción de la correspondiente acta de liquidación en caso de que aplique. **6.** Mantener actualizado en el sistema de información y gestión del empleo público SIGEP, su hoja de vida con los respectivos soportes. **7.** Informar cualquier anomalía o dificultad que advierta en el desarrollo del contrato y proponer alternativas de solución a las misma. **8.** Cumplir con los pagos correspondientes al sistema general de seguridad social integral

de conformidad con lo establecido por la normatividad vigente. **9.** Presentar por escrito informes que solicite el Hospital a través del supervisor del presente contrato y presentar a satisfacción del supervisor informes mensuales de avance en los que se relaciones los servicios prestados, en cumplimiento del objeto contractual, las evidencias que soportan el cumplimiento del contrato y se aportaran en medio físico, magnético o digital según determine el supervisor. **10.** El contratista no podrá ceder el presente contrato a persona alguna o subcontratar el total o parcialmente el objeto del mismo, sin la autorización previa, expresa y escrita del Hospital de Castilla la nueva E.S.E. **11.** EL contratista deberá cumplir con las normas, decretos, resolución y circulares vigentes y aplicables en materia del sistema de gestión en seguridad y salud en el trabajo (SG-SST). **12.** El contratista deberá cumplir con los protocolos de bioseguridad, el esquema de vacunas, el uso de los elementos de protección personal, y demás acciones necesarias para proteger su integridad. **13.** El contratista deberá participar en todas las reuniones, capacitaciones, charlas, etc., convocadas por su SUPERVISOR, Gerencia, o líder de área que tenga relación con la prestación de su servicio. PARÁGRAFO: El contratista deberá acreditar la asistencia a las reuniones, capacitaciones, etc. Consignando dicha acreditación en el informe. **14.** El contratista participará activamente en la difusión de la información institucional en los médicos de comunicación personal con los que cuente. **CLÁUSULA OCTAVA - OBLIGACIONES DEL HOSPITAL:** EL HOSPITAL se compromete para con EL CONTRATISTA a realizar las siguientes actividades del mismo. **1.** Cancelar el valor total del Contrato de Prestación de Servicios, de conformidad con la forma estipulada en el mismo, siempre y cuando se haya dado estricto cumplimiento al objeto y dentro de la vigencia del mismo. **2.** Entregar al CONTRATISTA la información necesaria para el cabal cumplimiento del objeto del Contrato, así como la información, elementos y herramientas para los servicios, que se requiera para tal fin. **3.** Entregar al contratista la lista de los documentos que éste debe entregar para el pago. **4.** Comunicar oportunamente cualquier novedad o irregularidad que impida o afecte cumplir con el objeto del Contrato. **5.** Designar un supervisor en el manejo técnico y operativo del mismo. **6.** EL HOSPITAL entregará los criterios de calificación de la actitud de los profesionales en la práctica del servicio de salud y evaluará la adherencia a ellos, lo anterior como una forma de cumplir con los propósitos institucionales de Humanización del Servicio en Salud. **CLÁUSULA NOVENA - EXCLUSIÓN DEL RÉGIMEN DEL EMPLEADO PÚBLICO:** Este Contrato de Prestación de Servicios no confiere la calidad de empleado público ni de trabajador oficial a EL CONTRATISTA y excluye todo reconocimiento legal que pueda derivarse de él. Este Contrato de Prestación de Servicios no genera derecho de permanencia en el servicio, ni vinculación laboral entre EL HOSPITAL Y EL CONTRATISTA. **PARAGRAFO PRIMERO - EXCLUSIÓN DEL RÉGIMEN PRESTACIONAL:** Por no estar sometido este Contrato de Prestación de Servicios al régimen laboral, no causa prestaciones sociales a cargo de EL HOSPITAL ni a favor de EL CONTRATISTA, tales como salarios, horas extras, auxilios, subsidios, seguros, primas, indemnizaciones, cesantías, servicios médicos, etc. en desarrollo y ejecución de dicho contrato. Las partes expresan que el vínculo existente entre ellas es eminentemente civil y que, por ende, estará regido por las normas consagradas en las legislaciones civil y comercial, y demás disposiciones concordantes previstas para este tipo de contrato y por ningún caso existirá relación laboral alguna entre EL HOSPITAL y EL CONTRATISTA. **PARÁGRAFO SEGUNDO – EJECUCIÓN AUTONOMA:** EL CONTRATISTA ejecutará el objeto del presente Contrato con total autonomía técnica y administrativa en el cumplimiento de las obligaciones que asume y sin subordinación con respecto al HOSPITAL. **PARÁGRAFO TERCERO – ENTENDIMIENTO DE LA RELACIÓN CONTRACTUAL:** EL CONTRATISTA ha recibido explicación clara y concisa de la vinculación contractual por parte de EL HOSPITAL, por lo cual entiende que el desarrollo de sus actividades profesionales son autónomas y se ciñen por las características propias de un contrato de prestación de servicios, a lo cual debe garantizar que de ninguna forma las condiciones del contrato muten e incurran en un contrato de realidad, por lo cual entiende que hay comunicación directa con GERENCIA para manifestar si alguna acción de funcionario o contratista incurre en acción de subordinar, **para que este inmediatamente frene esta**

acción y tome acciones pertinentes. **CLÁUSULA DECIMA – SUPERVISION:** La Supervisión del presente contrato estará a cargo del funcionario que designe la **GERENCIA** del Hospital, y el apoyo a la supervisión se delegará en profesionales que por su actividad contractual requieren direccionar las acciones del área a su cargo. El SUPERVISOR del contrato podrá requerir a EL CONTRATISTA para lograr el encausamiento del desarrollo del objeto contractual, para encausar el manejo técnico y operativo, buscando una concertación en el cumplimiento de las obligaciones contractuales. **CLÁUSULA DECIMA PRIMERA – GARANTIA UNICA:** EL CONTRATISTA en atención al valor del contrato no requerirá garantías para amparar el riesgo por cuanto en el estatuto de contratación de la entidad, en su artículo 8º, inciso tercero contempla la obligatoriedad para los contratos superiores a veinticinco (25) S.M.L.M.V. De igual forma, la Matriz de Riesgos no estableció la necesidad de suscribir garantías **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – LIQUIDACIÓN:** El presente CONTRATO no será objeto de liquidación de conformidad con el artículo 217 del Decreto Ley 019 de 2012, sin perjuicio de lo establecido en el Art. 18 de la Ley 80 de 1993, sin embargo, se suscribirá un Acta de Terminación para garantizar que la ejecución fue cumplida a cabalidad, y cesa cualquier tipo de obligación y/o vinculación entre las partes. **CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA – DOCUMENTOS:** Los documentos que a continuación se relacionan, para todos los efectos hacen parte integral del Contrato de Prestación de Servicios y, en consecuencia, producen sus mismos efectos y obligaciones jurídicas y contractuales: **a)** Hoja de vida de persona natural. **b)** Estudio previo, **c)** Los demás documentos que legalmente se requieran y los que se produzcan durante el desarrollo del citado Contrato de Prestación de Servicios. **CLÁUSULA DECIMA CUARTA - RÉGIMEN LEGAL:** El presente Contrato de Prestación de Servicios se regirá en general por las normas civiles y comerciales vigentes aplicables, las cláusulas establecidas en este Contrato, el Estatuto Interno de Contratación, y el Manual de Contratación de la entidad. **CLÁUSULA DECIMA QUINTA - MODIFICACIÓN, TERMINACIÓN, INTERPRETACIÓN UNILATERAL:** El Contrato de Prestación de Servicios podrá darse por terminado, modificado e interpretado unilateralmente por el HOSPITAL con sujeción a lo previsto en el Estatuto Interno de Contratación y el Manual de Contratación del Hospital de Castilla La Nueva. **PARAGRAFO:** Será causal de terminación unilateral expresa, la decisión tomada por el Comité de Control Interno Disciplinario (o por quien haga sus veces de control ético y/o profesional) por las faltas descritas en la ley y las normas internas, de igual forma, la constante situación de diferencias entre funcionarios o contratistas de la entidad, o con la existencia de UNA (1) queja o denuncia formal (probada) de los usuarios, originadas en actos de falla en la atención, actos ilegales, tráfico de influencias y en general cualquier conducta que atente contra la moral, principios y políticas de la entidad. Lo anterior con observancia del conducto regular y respeto al debido proceso. **CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - SOLUCIÓN DE CONFLICTOS:** Las partes acuerdan que para la solución de las diferencias y discrepancias que surjan de la celebración, ejecución, suspensión, terminación de este Contrato de Prestación de Servicios, acudirán a los procedimientos de transacción, amigable componedor o conciliación. **CLAUSULA DÉCIMA SEPTIMA - PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN:** El presente Contrato de Prestación de Servicios se entiende perfeccionada con la firma de las partes y para su ejecución se requiere la expedición del respectivo registro presupuestal y la suscripción de la respetiva acta de inicio. **CLAUSULA DÉCIMA OCTAVA – INDEMNIDAD:** Con ocasión de la celebración, ejecución y liquidación del presente contrato, EL CONTRATISTA se compromete y acuerda en forma irrevocable a mantener indemne al Hospital de Castilla La Nueva E.S.E. por cualquier daño o perjuicio originado en reclamaciones de terceros y que se deriven de sus actuaciones o de las de sus subcontratistas o dependientes. **CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA – RESPONSABILIDAD:** EL CONTRATISTA responde civil y penalmente tanto por el incumplimiento de las obligaciones derivadas del contrato como por los hechos u omisiones que le fueren imputadas y que causen daño o perjuicio al Hospital de Castilla La Nueva E.S.E. **PARAGRAFO:** se taza como clausula penal a favor de EL HOSPITAL el equivalente al 20% del valor del contrato, como consecuencia del incumplimiento parcial del contrato (incumplimiento de la obligaciones generales y especificas), cumplimiento

defectuoso o nulo cumplimiento del objeto contractual, o no realizando las obligaciones Generales y/o específicas, u/o el objeto contractual en los términos específicos o en el término general que se habla en la cláusula de "PLAZO DE EJECUCIÓN". **CLAUSULA VIGESIMA - CESION DEL CONTRATO:** EL CONTRATISTA. No se podrá ceder total ni parcialmente el presente contrato a ninguna persona natural o jurídica sin el consentimiento previo, expreso y escrito del Hospital de Castilla La Nueva E.S.E. **CLAUSULA VIGESIMA PRIMERA – NOTIFICACIONES:** Para todos los efectos del presente contrato, las partes serán notificadas en las siguientes direcciones: EL HOSPITAL en la carrera 8 No. 15 vía Cacayal de Castilla La Nueva - Meta; EL CONTRATISTA en la Dirección: Calle 15 b 20 barrio llano mar malecón - Acacias. **Para constancia se firma en el municipio de Castilla La Nueva – Meta, a los ocho (8) días del mes de septiembre del 2026.**

MARTHA LUCIA HERRERA RIOS
Gerente

EDNA YULIETH GARCIA ORJUELA
Contratista

Elaboró: D.R.	Revisó:	Aprobó:
Daniel Felipe Rodriguez Zorro Asesor Jurídico	Karen Dayanna Calvo Aguirre Subgerente Administrativo y Financiero	Martha Lucia Herrera Rios Gerente

CONSTANCIA DE IDONEIDAD PARA TALENTO HUMANO EN SALUD

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 Edna Yuleth Garcia Oyuela, con CC No. 1123512140 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 2026-342

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

DEISSY CAROLINA CAMARGO VEGA
Profesional de Planeación, Calidad y Desarrollo
Verificó Idoneidad por Perfil Área Asistencial

CAMILA HERNANDEZ RUIZ
Profesional Contratación
Contratista