CARTA DE PRESENTACION DE LA PROPUESTA PARA CELEBRAR CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES

Puerto López- Meta; noviembre 2026

Señores
ALCALDÍA MUNICIPAL DE PUERTO LÓPEZ
ESD

HERRERA ROJAS ANA GRACIELA identificada con cedula de ciudadanía N° 40.373.042 expedida en Villavicencio, con domicilio en el Municipio de Villaviencio, someto a consideración del MUNICIPIO DE PUERTO LÓPEZ META la propuesta para el siguiente objeto:

"ASESORAR Y ASISTIR LA FORMULACIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA EN SALUD MENTAL PARA EL MUNICIPIO DE PUERTO LÓPEZ"

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

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

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

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

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

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

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

- ✓ Poseo la formación académica y los conocimientos suficientes para cumplir con las obligaciones requeridas en el objeto del contrato.
- ✓ Poseo la experiencia relacionada en más de 1 año

PROPUESTA ECONÓMICA: *Ofrezco prestar los servicios para cumplir el objeto contractual a razón de* **DIEZ MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y DOS MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE ($10.462.500), con un VALOR MENSUAL DE HONORARIOS por valor igual a SEIS MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE ($6.975.000).**

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

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

- EPS: (SANITAS)
- AFP: (COLPENSIONES)

RELACION DE DOCUMENTOS QUE ACREDITAN IDONEIDAD Y EXPERIENCIA

- ✓ Constancias de estudio
- ✓ Certificados de experiencia laboral

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

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

Atentamente,

Firma: _____

Nombre: **HERRERA ROJAS ANA GRACIELA**
CC. 40.373.042 de Villavicencio
Correo: anagher@yahoo.com.mx
Cel. 3212034493

FORMATO COMPLETO

Libertad y Orden

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
HERRERA	ROJAS	ANA GRACIELA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 40373042	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 10 MES 04 AÑO 1964

PAÍS COLOMBIA

DEPTO META

MUNICIPIO ACACÍAS

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 22 28 38 CASA LA TIZA

PAÍS COLOMBIA DEPTO META

MUNICIPIO VILLAVICENCIO

TELÉFONO 3212034493 EMAIL anagher@yahoo.com.mx

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	1982

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	5		X	DERECHO			
POSTGRADO	4	X		ESPECIALIZACION EN GERENCIA INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD	03	2006	
POSTGRADO	4	X		ESPECIALIZACION EN ADMINISTRACION DE SALUD:ENFASIS EN SEGURIDAD SOCIAL	10	1995	
PREGRADO	10	X		ENFERMERIA	09	1989	12203

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

FORMATO 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
SEMINARIO ANSPIRANTES A GERENTES DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	16	X		SEMINARIO NACIONAL ASPIRANTES A GERENTES DE ESE	02	2024
FUNDACION UNIVERWSITARIA JUAN N CORPAS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	120	X		DIPLOMADO EN GERENCIA DE CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD CON ENFASIS EN ACREDITACION Y HABILITACION	09	2014
UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	154	X		DIPLOMADO DE FORMACION DE VERIFICADORES DE LAS CONDICIONES PARA LA HABILITACION DE INSTITUCIONES PRESTADORES DE SERVICIO SALUD	10	2013

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE META			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	MUNICIPIO VILLAVICENCIO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	17	Mes	02	Año	2025	Día	20	Mes	12	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	DEPENDENCIA SEC.DE SALUD						DIRECCIÓN CALLE 37 41 80					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE META			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6610555	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	12	*Mes*	09	*Año* 2024	*Día*	20	*Mes*	12	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE LA SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 37 38 42						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE META			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3212034493	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	03	*Año* 2024	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ´SECRETARIA DE SALUD DEL META					*DIRECCIÓN*						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS META			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* SAN MARTÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6607814	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	06	*Mes*	06	*Año* 2023	*Día*	22	*Mes*	12	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTAA	*DEPENDENCIA* AREA DE SALUD					*DIRECCIÓN* CARRERA 5 4 75 BARRIO FUNDADORES						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE META			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6610544	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	04	*Mes*	07	*Año* 2023	*Día*	15	*Mes*	12	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTAA	*DEPENDENCIA* ´SECRETARIA DE SALUD DEL META					*DIRECCIÓN* CALLE 27 41 80 BARZAL ALTO						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE ACACIAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6560160	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	30	*Mes*	05	*Año* 2023	*Día*	18	*Mes*	09	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTAA	*DEPENDENCIA* AREA DE SALUD					*DIRECCIÓN* DIAGONAL 15 26 21 BARRIO SAN JOSE						

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE META			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6610544	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	17	*Mes*	02	*Año*	2023	*Día*	16	*Mes*	06	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTAA	*DEPENDENCIA* 'SECRETARIA DE SALUD DEL META						*DIRECCIÓN* CALLE 27 41 80 BARZAL ALTO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS META			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* SAN MARTÍN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6607821	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	02	*Año*	2023	*Día*	01	*Mes*	06	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTAA	*DEPENDENCIA* AREA DE SALUD						*DIRECCIÓN* CARRERA 5 4 75 BARRIO FUNDADORES					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS META			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3203488735	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	08	*Año*	2022	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE SALUD						*DIRECCIÓN* CARRERA 5 - 4 75 libertadores					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE META			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6610544	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	28	*Mes*	01	*Año*	2022	*Día*	12	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE LA SALUD MENTAL						*DIRECCIÓN* CALLE 37 - 41 80 BARZAL					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS META			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3203488735	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	25	*Mes*	01	*Año*	2022	*Día*	24	*Mes*	07	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE SALUD						*DIRECCIÓN* CARRERA 5 - 4 75 LIBERTADORES					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* ACACÍAS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6560160	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	23	*Mes*	04	*Año* 2021	*Día*	23	*Mes*	12	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE SALUD					*DIRECCIÓN* DIAGONAL 15 26 21 barrio san jose						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN MARTIN -SAN MARTIN			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* SAN MARTÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3115922682	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	23	*Mes*	07	*Año* 2021	*Día*	22	*Mes*	12	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE SALUD					*DIRECCIÓN* CARRERA 5 - 4 75 BARRIO FUNDADORES						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS META			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* SAN MARTÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6485791	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	15	*Mes*	03	*Año* 2021	*Día*	14	*Mes*	06	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ACTIVIDADES DE SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 4 - 7 34 CAMOA SAN MARTIN						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL -PUERTO LOPEZ			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* PUERTO LÓPEZ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3112190289	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	09	*Mes*	10	*Año* 2020	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 8 - 6 50 CAMOA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN MARTIN -SAN MARTIN			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* SAN MARTÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3115912287	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	10	*Año* 2020	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA					*DIRECCIÓN* CALLE 4 - 7 34 CAMOA						

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL -PUERTO LOPEZ			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* PUERTO LÓPEZ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	07	*Mes*	07	*Año*	2020	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 8 - 6 50 GAITAN						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN MARTIN -SAN MARTIN			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* SAN MARTÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3115912287	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	22	*Mes*	07	*Año*	2020	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA					*DIRECCIÓN* CALLE 4 - 7 34 CAMOA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA - ISABU			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6979898	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	2016	*Día*	03	*Mes*	07	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA L5	*DEPENDENCIA* ENFERMERA SERVICIOS DE SALUD					*DIRECCIÓN* TRANSVERSAL 10 - 32 89						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN MARTIN -SAN MARTIN			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* SAN MARTÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6485791	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	1994	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA L5	*DEPENDENCIA* AREA DE SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 4 - 7 34 CAMOA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* ACACÍAS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3115570902	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	14	*Mes*	11	*Año*	2012	*Día*	29	*Mes*	04	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL SUBGERENTE	*DEPENDENCIA* SUBGERENTE					*DIRECCIÓN* DIAGONAL 15 - 26 21 san jose						

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL -PUERTO LOPEZ			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* PUERTO LÓPEZ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6607129	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	10	*Mes*	05	*Año* 1991	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	1992	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA L5	*DEPENDENCIA* ENFERMERA SERVICIOS DE SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 14 - 29 78 CENTRO						

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	27	9
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	3	8
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 Villavicencio-Meta, 10-NOV-2026

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

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	2026-11-10 10:11

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ANA	GRACIELA	HERRERA	ROJAS

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	40373042

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	ACACÍAS

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	VILLAVICENCIO

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

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	PUERTO LÓPEZ

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

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$55.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$55.000.000,00

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	$3.000.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
VEHICULO	COLOMBIA	META	ACACÍAS	$50.000.000,00
INMUEBLE	COLOMBIA	META	ACACÍAS	$500.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
CREDITO LIBRE INVERSION	$60.000.000,00

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

[ ]

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

Y EN SU NOMBRE

EL COLEGIO NUESTRA SEÑORA DE LA SABIDURIA DE ACACIAS-META

AUTORIZADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL, SEGUN
RESOLUCION No. 6098 DEL 28 DE JUNIO DE 1977

CONFIERE A

Ana Graciela Herrera Rojas

T. I. Nº 640410-05236 de Acacías

EL TITULO DE

BACHILLER ACADEMICO

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

RECTOR

SECRETARIO

DADO EN Acacías A 30 DE Noviembre DE 19 82

ANOTADO AL FOLIO 73 LIBRO DE REGISTRO No. 1-A

SECRETARIO DE EDUCACION

0072533

EN ..... A ..... DE ..... DE 19

Departamento del Meta

SECRETARIA DE EDUCACION Y CULTURA

—=—

EL SUSCRITO JEFE DE RECURSOS HUMANOS DE LA SECRETARIA DE EDUCACION DEL META

C E R T I F I C A:

Que al folio Nº ...X.72..... del libro de registro Nº .....I."A"..... y con fecha de registro: .....24 DE MARZO DE 1.983..... se encuentra el Diploma de: .....BACHILLER ACADEMICO..... Correspondiente a: .....A.A GRACIELA HERRERA ROJAS..... C. C. Nº .....640410 - 05236..... de .....ACACIAS (META)..... Expedido por el Colegio: .....NUESTRA SEÑORA DE LA SABIDURIA..... de: .....ACACIAS (META)..... el día:...28..... del mes de: ..... de 198.2.-.

Villavicencio, FEBRERO 10 DE 1.994.-

Directora.-

Dra. Maria Rocio (Ced).

LA REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

Y EN SU NOMBRE

LA UNIVERSIDAD TECNOLOGICA DE LOS LLANOS ORIENTALES

CONFIERE EL TITULO DE

MINISTERIO DE SALUD
Reconócese este título para todos los efectos legales
Bogotá 21-FEB-1990
Resolución No.
MINISTRO

ENFERMERA

A

ANA GRACIELA HERRERA ROJAS

C.C. No. 40.373.042 EXPEDIDA EN VILLAVICENCIO - META

QUIEN CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS EXIGIDOS

EN TESTIMONIO DE ELLO OTORGA EL PRESENTE

DIPLOMA

No. 021

EN LA CIUDAD DE VILLAVICENCIO, A 1 DE SEPTIEMBRE DE 1989

RECTOR

VICE-RECTOR ACADEMICO

EL DECANO DE LA FACULTAD

EL SECRETARIO GENERAL

SECRETARIA DE EDUCACION DEL META

REGISTRADO AL FOLIO 347 DEL LIBRO DE DIPLOMAS No E5-II

EL SECRETARIO DE EDUCACION

Nº 00921

VILLAVICENCIO, septiembre 15 DE 1989

UNIVERSIDAD TECNOLOGICA DE LOS LLANOS ORIENTALES

LA SECRETARIA GENERAL DE LA UNIVERSIDAD TECNOLOGICA DE LOS LLANOS ORIENTALES HACE CONSTAR QUE MEDIANTE ACTA No. 021 DE SEPTIEMBRE 1 DE 1989, OTORGO EL TITULO DE E N F E R M E R A , A LA ESTUDIANTE ANA GRACIELA HERRERA ROJAS, Y DICE:

"UNIVERSIDAD TECNOLOGICA
DE LOS LLANOS ORIENTALES
FACULTAD DE
ENFERMERIA

ACTA DE GRADO No. 021

EL CONSEJO SUPERIOR DE LA UNIVERSIDAD, EN SU SESION DEL DIA 31 DE AGOSTO DE 1989 ACTA No. 013 CONSIDERANDO QUE:

ANA GRACIELA HERRERA ROJAS

C.C. No. 40.373.042 EXPEDIDA EN Villavicencio - Meta

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE TODOS LOS REQUISITOS EXIGIDOS POR LOS ACUERDOS Y REGLAMENTOS DE LA UNIVERSIDAD, RESUELVE OTORGARLE EL TITULO DE:

E N F E R M E R A

EN NOMBRE Y REPRESENTACION DE LA UNIVERSIDAD TECNOLOGICA DE LOS LLANOS ORIENTALES, AUTORIZADA DEBIDAMENTE POR RESOLUCION DEL I.C.F.E.S. NUMERO 001739 de agosto 29 de 1989 Y PREVIO EL JURAMENTO DE RIGOR EL RECTOR HIZO ENTREGA DEL DIPLOMA CORRESPONDIENTE REGISTRADO AL FOLIO No. 021.

EN TESTIMONIO DE LO ANTERIOR, SE FIRMA LA PRESENTE ACTA DE GRADO EN LA CIUDAD DE VILLAVICENCIO A LOS 1 DIAS DEL MES DE SEPTIEMBRE DE 1989

EL RECTOR:
(Hay firma ilegible con sello)

EL SECRETARIO GENERAL
(Hay firma ilegible con sello)

EL DECANO DE LA FACULTAD
(Firma ISAURA PEREZ DE PARRADO)
Hay sello

FO. 0092 1 "

Dada en Villavicencio, a los 5 Mes del mes de octubre de 1992.

LUZ STELLA CASASPRIANCO VANEGAS

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Ministerio de Salud y Protección Social
ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA
IDENTIFICACIÓN ÚNICA
DEL TALENTO HUMANO EN SALUD



C.C. 40.373.042
ENFERMERA
ANA GRACIELA HERRERA ROJAS
UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS
VILLAVICENCIO

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DIPLOMA: 1989-09-01
FECHA DE INSCRIPCIÓN EN EL RUN / RETHUS: 2006-02-08

Crear-ID.com | 821 9115

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

Esta tarjeta es un documento público y se expide de conformidad con la Ley 1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010.
Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la Organización Colegial de Enfermería.

FIRMA DEL PROFESIONAL

Resultado Enviado - 2026-01-13 - 4:28:54 PM

CC	40373042	ANA	GRACIELA	HERRERA	ROJAS	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 3 y 14 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) ANA GRACIELA HERRERA ROJAS identificado(a) con CC 40373042 registra la siguiente información:

2026-01-13 4:28:54 PM

Información Académica

Tipo programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Enfermería	2006-02-08		ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA - ANEC

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

LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

PERSONERIA JURIDICA RES 73-12 DE DICIEMBRE 28 DE 1933 - MINGOBIERNO

EN CONVENIO CON

LA UNIVERSIDAD TECNOLOGICA DE LOS LLANOS

EN ATENCION A QUE

ANA GRACIELA HERRERA ROJAS

C. C. 40.373.042 Villavicencio

HA CURSADO TODOS LOS ESTUDIOS Y CUMPLIDO LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS POR LA UNIVERSIDAD Y LAS DISPOSICIONES LEGALES PARA OPTAR EL GRADO UNIVERSITARIO EN LA FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS Y ADMINISTRATIVAS

LE OTORGA

EN NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA

Y POR AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

EL TITULO DE ESPECIALISTA EN ADMINISTRACION DE SALUD CON ENFASIS EN SEGURIDAD SOCIAL

EN FE DE LO CUAL FIRMAMOS Y SELLAMOS ESTE DIPLOMA

NOSOTROS EL RECTOR LOS DECANOS Y EL SECRETARIO GENERAL DE LA UNIVERSIDAD

EXPEDIDO EN STA FE DE BOGOTA A LOS 13 DIAS DEL MES DE OCTUBRE DEL AÑO DE 1995

RECTOR

SECRETARIO GENERAL

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA COLOMBIA

Nº 4231-057

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS Y ADMINISTRATIVAS

ACTA DE GRADO Nº SG— 2668

En la ciudad de Santa Fe de Bogotá el día 13 del mes de Octubre de 19 95 se llevó a cabo el acto de graduación, presidido por el Doctor Fredy Velandia Director del Programa en el cual la Pontificia Universidad Javeriana, previo el juramento reglamentario, confirió el título de

ESPECIALISTA EN ADMINISTRACION DE SALUD
CON ENFASIS EN SEGURIDAD SOCIAL

a ANA GRACIELA HERRERA ROJAS

identificado (a) con c.c. Nº 40.373.042 de Villavicencio quien cumplió con los requisitos académicos, las exigencias establecidas en los Reglamentos y las normas legales; y le otorgó el Diploma Nº 4231-057 que lo (la) acredita como tal.

La Universidad está autorizada para conferir este título por la Ley Nº 30 del 28 de Diciembre de 19 92 del Congreso

En fe de lo anterior se firma la presente Acta de Grado, en Santa Fe de Bogotá el 13 de Octubre de 19 95

Firmada por

GERARDO ARANGO P., S.J. — Rector

JAIME BERNAL E., S.J. — Secretario General

LUIS GARCIA E. — Decano

Es fiel copia tomada del original, en lo pertinente.

Santa Fe de Bogotá, D.C. 13 de Octubre de 1995

Secretario General

DILIGENCIA DE AUTENTICACION

La Suscrita SOFIA MEDINA DE LOPEZ VILLA, Notaria Veintisiete del círculo de Bogotá CERTIFICA que las firmas que autorizan el anterior documento para ser registradas en la Notaría son las de los señores S. J. según la certificación que se ha hecho de ellas.

Dado en Bogotá a 13 OCT. 1995

REPUBLICA DE COLOMBIA NOTARIA 27 SANTAFE DE BOGOTA SOFIA MEDINA DE LOPEZ VILLA

56000

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario - 1653
Real Cédula del 31 de diciembre de 1651
Resolución 58 del 16 de septiembre de 1895
FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN

Instituto de Ciencias de la Salud - CES
Resolución ICFES 1371 de septiembre 15 de 1982
Acuerdo ICFES 108 de junio 26 de 1991
FACULTAD DE MEDICINA

Por cuanto Ana Graciela Herrera Rojas C.C. Nº 40'[illegible] de Villavicencio (Meta)
Egresado de la Universidad de Los Llanos Orientales
en virtud del convenio (Resolución 35061 de septiembre 25 de 1995), ha cumplido con todos los requisitos exigidos, cursando y aprobando el correspondiente programa académico, le confieren el título de

Especialista en Auditoría en salud

Registrado bajo el Nº 16555 Folio 10 Libro 18 y refrendado por el Secretario General del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario en la ciudad de Bogotá, D.C., República de Colombia, a los primer (1º) días del mes de marzo de dos mil seis (2006)

El Rector del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario

El Rector del Instituto de Ciencias de la Salud - CES

El Secretario General del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario

El Decano de la Facultad de Administración del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario

El Decano de la Facultad de Medicina del Instituto de Ciencias de la Salud - CES

La Secretaria Académica de la Facultad de Administración del Colegió Mayor de Nuestra Señora del Rosario Certifica, que una verificado el Libro de actas de la Especialización en **AUDITORIA EN SALUD** Folios 93 a 95, se encontró el acta de grado de **ANA GRACIELA HERRERA ROJAS** el Señor, la cual se transcribe a continuación:

En Bogotá a primero de Marzo del año dos mil seis (2006), siendo las 12 horas, se instaló en el Aula Máxima del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, bajo la Presidencia del Señor Rector, Doctor Hans Peter Knudsen Q. la Ceremonia de Grado de los Estudiantes de la **ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA EN SALUD.**

Tomaron asiento a la mesa Directiva además del señor Rector, El Doctor José María Maya Mejia, Rector del Instituto de Ciencias de la Salud, CES de Medellín, Doctor José Manuel Restrepo Abondano Vicerrector, El Doctor Luis Enrique Nieto Arango, Secretario General, Doctor Fernando Restrepo Puerta, Decano de la Facultad de Administración, Doctor Javier Leonardo González Director de los Postgrados de Gerencia en Salud, y la Señorita Loyda Lily Gómez Santos Secretaria Académica de la Facultad de Administración.

Instalación de la Sesión de Graduación.
A solicitud del Señor Rector, Doctor Hans Peter Knudsen Q. la Secretaria Académica leyó el Orden del día que había sido fijado previamente por las directivas.

I.- **Himno Nacional de la República de Colombia.**

II.. **Toma de Juramento a los Graduandos por parte del Señor Rector, doctor Hans Peter Knudsen Q.**
El Señor Rector, tomó el Juramento de Rigor a los graduandos cuyos requisitos de grado habían sido aprobados.

III.. **Entrega de diplomas a los Especialistas.**

El Señor Rector, hizo entrega a los nuevos Especialistas del diploma que los acredita como **"ESPECIALISTA EN AUDITORIA EN SALUD"**, del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario según las constituciones del Colegio y mediante Decreto Rectoral No.511 del 5 de septiembre de 1997 y Resolución No.35061 de septiembre 25 de 1995 respectivamente así:

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

ACTA DE GRADO
ANA GRACIELA HERRERA ROJAS

ANA GRACIELA HERRERA ROJAS, con documento de identidad No. 40373042 de VILLAVICENCIO META y Reghistro de Diploma No. **16555**

V.. **Palabras del Doctor José María Maya Mejía, Rector de Instituto de Ciencias de la Salud –CES- de Medellín.**

El Doctor Maya Mejia dirigió unas elocuentes palabras de felicitación a los graduandos.

V. **Fin de la Sesión. Vino de Honor.**

Siendo aproximadamente las 12:40 horas el Señor Rector, Doctor Hans Peter Knudsen Q. declaró clausurada la sesión de graduación.

Dado en Bogotá D.C. a los 22 días del mes de Marzo de dos mil seis (2006)

LOYDA LILY GOMEZ SANTOS
Secretaria Académica

LUIS ENRIQUE NIETO ARANGO
Secretario General

FDF CONSULTING
UN MUNDO DE CALIDAD

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA JUAN N. CORPAS

Institución Universitaria con Personería Jurídica 2105 del 29 Marzo de 1974 del Ministerio de Educación Nacional

Centro de Educación Permanente y Continuada

Certifica que

Ana Graciela Herrera Rojas

C.C. 40.373.042

Participó en el Diplomado

Gerencia de Calidad y Auditoría en Salud con Énfasis en Acreditación y Habilitación

Ofrecido por esta Institución en convenio con

FDF Consulting

Nit: 830.147.207

del 18 de Julio al 26 de Septiembre de 2014 en la ciudad de Bogotá

con una intensidad de 120 horas

Rector

Director Ejecutivo FDF Consulting

Director del Centro de Educación Permanente y Continuada

Powered by CamScanner

Libertad y Orden
República de Colombia
Ministerio de la Protección Social

Universidad de los Llanos



Facultad De Ciencias de la Salud
Especialización en Administración en Salud

CERTIFICA QUE:

HERRERA ROJAS ANA GRACIELA

C.C. No. 40.373.042 de Villavicencio (Meta)

Cumplió las actividades académicas programadas, con una intensidad de 154 horas, el:

Diplomado de
"Formación de Verificadores de las Condiciones para la Habilitación de Instituciones Prestadores de Servicios de Salud".

Realizado del 19 de Julio al 12 de Octubre de 2013, reuniendo los demás requisitos exigidos por las normas universitarias, por lo cual le expide el presente certificado en desarrollo del Acuerdo del Consejo Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud -CNDRHS No. 25 de 2007 del Ministerio de Salud y protección Social, para dar cumplimiento de los establecido en el artículo 20 del Decreto 1011 de 2006 , las Resoluciones 077 de 2007 y 1441 de 2013 del MPS en cuanto a capacitación y entrenamiento de los profesionales encargados de la verificación.

Villavicencio, 12 de Octubre de 2013

BLANCA STELLA PIÑEROS SERRADA
Decana Facultad Ciencias de la Salud

CLARA DELCY DIAZ VIATELA
Coordinadora del Diplomado

Powered by CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14752133731

(415)7707212489984(8020) 000001475213373 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
4 0 3 7 3 0 4 2	5	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	4 0 3 7 3 0 4 2	

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
HERRERA	ROJAS	ANA	GRACIELA

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
CL 22 28 38 BRR LA TIZA

42. Correo electrónico anagher@yahoo.com.mx

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 4 1 3	2 0 2 1 0 4 0 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	2	2																							

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
22- Obligado a cumplir deberes formales a

Usuarios aduaneros										Exportadores				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código													57. Modo			
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			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 2021-04-13 / 01:26:56PM

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 HERRERA ROJAS ANA GRACIELA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **40.373.042**

HERRERA ROJAS

APELLIDOS

ANA GRACIELA

NOMBRES

FIRMA



Powered by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-ABR-1964**

ACACIAS
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

01-MAR-1983 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-5200500-00156126-F-0040373042-20090513 **0011**438216A 1 24823264

Powered by CamScanner

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 11 de noviembre de 2026, a las 16:37:17, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	40373042
Código de Verificación	40373042261111163717

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 MARTÍNEZ ROMERO
Contralor Delegado

Generó: WEB

25

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 306351681

PIB
16:38:54
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 11 de noviembre 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) ANA GRACIELA HERRERA ROJAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 40373042:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 04:39:39 PM horas del 11/11/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **40373042**

Apellidos y Nombres: **HERRERA ROJAS ANA GRACIELA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

DIJIN

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

Todos los derechos reservados.

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 40373042 **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 10/11/2026 08:37 AM

Código Verificación: **JQWFC697NK**

Válida hasta: **10/02/2027**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

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

CERTIFICA

Que Ana Graciela Herrera Rojas, identificado(a) con CC número 40373042, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 40373042
NOMBRES Y APELLIDOS	Ana Graciela Herrera Rojas
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	10/04/1964
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/06/2015
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	274 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	181 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	51 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/06/2015
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 40373042 ANA GRACIELA HERRERA ROJAS Desde 07/09/2026 - Vigente N.I.T. 900336004 ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES Desde 01/01/2016 - Vigente CEDULA DE CIUDADANIA 40373042 ANA GRACIELA HERRERA ROJAS Desde 27/01/2026 Hasta 31/07/2026CEDULA DE CIUDADANIA 40373042 ANA GRACIELA HERRERA ROJAS Desde 11/12/2025 Hasta 31/12/2025CEDULA DE CIUDADANIA 40373042 ANA GRACIELA HERRERA ROJAS Desde 16/02/2025 Hasta 30/11/2025

Generado por interfaces 10/11/2026

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

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

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

CERTIFICA

Que Ana Graciela Herrera Rojas, identificado(a) con CC número 40373042, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

Generado por interfaces

10/11/2026

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

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ANA GRACIELA HERRERA ROJAS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **40373042,** se encuentra afiliado/a desde **01/09/2009** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 10 de noviembre de 2026.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 11/11/2026 04:40:45 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **40373042** y Nombre: **ANA GRACIELA HERRERA ROJAS.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **151454091** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

11 de noviembre de 2026, Puerto López-Meta

Asunto: Autorización consulta de delitos sexuales

La suscrita HERRERA ROJAS ANA GRACIELA identificada con C.C No. 40.373.042 expedida en Villavicencio, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la ley 1918 de 2018 reglamentada por el decreto 753 de 2019, a la ALCALDIA DE PUERTO LÓPEZ con NIT 892099325-0 a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores de edad que administra el Ministerio de Defensa – Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación contractual y de llegarse a formalizar, por el término de la vinculación.

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

Se suscribe en el municipio de Puerto López – Meta, el día once (11) noviembre de 2026.

Firma: _____

Nombre: **HERRERA ROJAS ANA GRACIELA**
CC. 40.373.042 de Villavicencio
Correo: anagher@yahoo.com.mx
Cel. 3212034493

42

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 16:43:47 horas del 11/11/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **40373042,** Apellidos y Nombres **HERRERA ROJAS ANA GRACIELA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

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

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

43

Certificación
Bancaria

Miércoles, 11 de noviembre de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que ANA GRACIELA HERRERA ROJAS identificado(a) con CC 40373042, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta de ahorros	89033610778	2014-11-10	Activo	****

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números:Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345.Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

VIGILADO BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL DE APTITUD LABORAL

DR. HERNAN EDUARDO MEDINA // ESPEC. SALUD OCUPACIONAL LICENCIA No 7953/2022 SSM

1. INFORMACION DE LA EMPRESA

NOMBRE DE LA EMPRESA: SECRETARIA DE SALUD GOBERNACIÓN DEL META											
FECHA: 10/07/2026			CIUDAD: VILLAVICENCIO				DPTO: META				
TIPO DE EXAMEN: INGRESO	X	EGRESO		PERIODICO		POST-INCAPACIDAD		OTRO:	X	ENFASIS OSTEOMUSCULAR	

2. INFORMACION DEL TRABAJADOR

NOMBRES Y APELLIDOS: ANA GRACIELA HERRERA ROJAS							
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 40326868			EDAD: 62 AÑOS		SEXO:F	X	M
DIRECCION: CRA 44 # 33B - 37		CIUDAD: VILLAVICENCIO		TELEFONO: 3144713704			
CARGO: CONTRATISTA		EPS: SANITAS		GRUPO SANGUINEO: O (+)			

3. EXAMENES PARACLINICOS REALIZADOS

AUDIOMETRIA		C. HEMATICO		TGO		COPROLOGICO		P. SICOSENSOMETRICA	
VISIOMETRIA		PARCIAL DE ORINA		TGP		FROTIS FARINGEO		P. PSICOLOGIA	
ESPIROMETRIA		GLICEMIA		VDRL		KOH UÑAS		PERFIL LIPIDICO	
ELECTROCARDIOGRAMA		COLESTEROL		GRAVIDEZ		BACILOSCOPIA		VACUNA FIEBRE AMARILLA	
RX DE TORAX		TRIGLICERIDOS		PSA		COLINESTERASA		OTROS: ENFASIS OSTEOMUSCULAR	X
RX DE COLUMNA		CREATININA		ALCOHOLEMIA		HEMOCLASIFICACION			

4. CONCEPTO MEDICO LABORAL

EXAMEN DE INGRESO		EXAMEN PERIODICO		EXAMEN DE RETIRO	
CUMPLE CON LOS REQUISITOS NECESARIOS PARA EL PERFIL DEL CARGO	X	SATISFACTORIO		SATISFACTORIO	
PRESENTA CONDICIONES DE SALUD QUE NO DISMINUYEN SU CAPACIDAD LABORAL		SIGNOS Y SINTOMAS DE ENFERMEDAD GENERAL QUE DEBEN SER VALORADOS POR LA EPS		CON PATOLOGIA DE ORIGEN COMUN QUE DEBE SER VALORADA POR LA EPS	
APLAZADO POR PRESENTAR PATOLOGIA QUE REQUIERE SE TRATADA PARA SU CORRECCION		SE DEBEN REASIGNAR FUNCIONES, REUBICAR, ANALIZAR PUESTO DE TRABAJO		SECUELAS DE ACCIDENTE DE TRABAJO	
NO CUMPLE CON LOS REQUISITOS DEL PERFIL DEL CARGO		SIGNOS DE ENFERMEDAD PROFESIONAL QUE DEBEN SER VALORADOS POR LA EPS/ARL		SIGNOS DE ENFERMEDAD PROFESIONAL QUE DEBEN SER VALORADOS POR LA ARL	

5. OBSERVACIONES:

APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS	SI	NO	NA	APTO PARA CONDUCCCION	SI	NO	NA	APTO PARA MANIPULAR CARGAS	SI	NO	NA
APTO ESPACIOS CONFINADOS	SI	NO	NA	APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS	SI	NO	NA	REQUIERE SER REUBICADO	SI	NO	NA

6. RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

SEGÚN IMC		MANEJO EPS/ARL		RECOMENDACIONES		INCLUIR EN SVE	
DIETA		CONTROL PYP POR EPS		CONTROL OCUPACIONAL	X	AUDITIVO	
EJERCICIO REGULAR		REMISION A EPS		HIGIENE POSTURAL	X	VISUAL	
VALORACION POR NUTRICION		REMISION A ARL		USO DE EPP APROPIADOS		RESPIRATORIO	
DESCARTAR ALTERACION METAB.		SE PRESCRIBE TRATAMIENTO		AYUDAS ERGONOMICAS		ERGONOMICO	
		CONTINUAR MANEJO MEDICO		EVALUACION PTO TRABAJO		QUIMICO	
				MEDIDAS ANTI VARICES		CARDIOVASCULAR	

RESOLUCION 1843/2025 LA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL, LOS DOCUMENTOS, EXAMENES O VALORACIONES PARACLINICAS SON CONFIDENCIALES Y HACEN PARTE DE LA RESERVA PROFESIONAL.

CEL: 3204697870-3103245120

Dr Hernan Medina
Medico Ocupacional

Hernán E. Medina C.
Medico Cirujano General
Rm. 805/2007
Especialista en Salud Ocupacional
Res. 7953/2022

FIRMA MEDICO OCUPACIONAL

FIRMA Y CC DEL TRABAJADOR

45

Carné Digital de Vacunación Colombia

Salud

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 3554b9d3-03c2-495d-a029-1daf9928fa54

Nombres y apellidos / Full name: **ANA GRACIELA HERRERA ROJAS**

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

Número de identificación / ID Number: **4 0 3 7 3 0 4 2**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **10/04/1964**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **000000**

Correo electrónico / e-mail: **promocionyprevencioneseisabu@gmail.com**

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination: Día / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
Pentavalente PAI	Primera	14	03	2017		0324700ec	BUCARAMANGA UNIDAD MATERNO INFANTIL SANTA TERESITA	INGRID JULIETH CELIS LANETAS
Fiebre Amarilla	Única	11	01	2018		221501316A	BUCARAMANGA UNIDAD MATERNO INFANTIL SANTA TERESITA	ORFENIA CALDERON FLOR
Pentavalente PAI	Segunda	02	04	2018		0324700eo	BUCARAMANGA UNIDAD MATERNO INFANTIL SANTA TERESITA	INGRID JULIETH CELIS LANETAS
TD Adulto Particular	Primera	26	04	2018		221501316A	BUCARAMANGA UNIDAD MATERNO INFANTIL SANTA TERESITA	ORFENIA CALDERON FLOREZ
Pentavalente PAI	Tercera	02	04	2019		032I174	BUCARAMANGA UNIDAD MATERNO INFANTIL SANTA TERESITA	INGRID JULIETH CELIS LANETAS
Influenza Adultos Particular	Anual	12	05	2020		V50220005	BUCARAMANGA UNIDAD MATERNO INFANTIL SANTA TERESITA	ORFENIA CALDERON FLOREZ
COVID PFIZER	Primera	06	08	2021	PFIZER	29125BA	BUCARAMANGA CENTRO DE SALUD LA JOYA	YESENIA CERON ZARATE
COVID PFIZER	Segunda	27	08	2021	PFIZER	FE3593	BUCARAMANGA CENTRO DE SALUD LA JOYA	YESENIA CERON ZARATE
COVID ASTRAZENECA	Primer Refuerzo	03	02	2022	Oxford-AstraZeneca	NM0219	BUCARAMANGA CENTRO DE SALUD LA JOYA	YESENIA CERON ZARATE

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 camé 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.

DEPARTAMENTO DEL **META**

NIT 892.000.148-8

LA COORDINADORA DEL PROGRAMA SALUD MENTAL Y CONVIVENCIA SOCIAL DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL META

CERTIFICA

Que, **ANA GRACIELA HERRERA ROJAS**, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 40.373.042, suscribió con la Secretaría de Salud del Meta, los siguientes contratos:

Contrato No.	**No. 0653 del 29 de Febrero de 2024**
Objeto	ASISTIR Y ACOMPAÑAR A LOS REFERENTES INSTITUCIONALES DE TODOS LOS MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL META PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD MENTAL Y *PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL CONSUMO* DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD
Plazo de ejecución	CINCO (5) MESES
Valor total del contrato	**$22.500.000**
Fecha de iniciación	01 de marzo de 2024
Fecha de finalización	31 de Julio de 2024
Prorroga:	N/A
Adición:	**N/A**
Valor Total	**N/A**
Estado del contrato	Finalizado

Contrato No.	**No. 1728 del 11 de Septiembre de 2024**
Objeto	DESARROLLAR ACCIONES DE ASISTENCIA TECNICA PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS POLITICAS PUBLICAS DE SALUD MENTAL Y PREVENCION DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS COMO ABORDAJE DE LA CONVIVENCIA SOCIAL DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS NACIONALES DE SALUD MENTAL, EN LOS 29 MUNICIPIOS E IPS PRIORIZADAS.
Plazo de ejecución	TRES (3) MESES NUEVE (9) DIAS
Valor total del contrato	**$16.500.000**
Fecha de iniciación	12 de septiembre de 2024
Fecha de finalización	20 de Diciembre de 2024
Prorroga:	N/A
Adición:	**N/A**
Valor Total	**N/A**
Estado del contrato	Finalizado

Calle 37 N° 41-80 Barzal Alto • **Secretaría de Salud del Meta**
PBX: (+57 608) 681 8500 • Línea gratuita nacional: 018000 129 202
www.meta.gov.co

Contrato No.	**No. 0489 del 13 de Febrero de 2025**
Objeto	DESARROLLAR ACCIONES DE ASISTENCIA TECNICA PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS POLITICAS PUBLICAS DE SALUD MENTAL Y PREVENCION DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, COMO ABORDAJE DE LA CONVIVENCIA SOCIAL, DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS NACIONALES DE SALUD MENTAL, EN LOS 29 MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL META.
Plazo de ejecución	SIETE (7) MESES
Valor total del contrato	**$35.000.000**
Fecha de iniciación	17 de Febrero de 2025
Fecha de finalización	16 de septiembre de 2025
Prorroga:	TRES (3) MESES CUATRO (4) DIAS
Nueva fecha de finalización:	20 de Diciembre de 2025
Adición:	**$15.666.667**
Valor Total	**$50.666.667**
Estado del contrato	Finalizado

Contrato No.	**No. 0850 del 12 de Enero de 2026**
Objeto	REALIZAR PROCESOS DE ASISTENCIA TECNICA PARA EL ABORDAJE DE LA CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL, DESDE UN ENFOQUE SECTORIAL E INTERSECTORIAL EN LOS MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL META, CONFORME A LOS LINEAMIENTOS NACIONALES
Plazo de ejecución	SEIS (06) MESES
Valor total del contrato	**$33.000.000**
Fecha de iniciación	27 de Enero de 2026
Fecha de finalización	26 de Julio de 2026
Prorroga:	N/A
Nueva fecha de finalización:	N/A
Adición:	**N/A**
Valor Total	**N/A**
Estado del contrato	Finalizado

Contrato No.	**No. 0850 del 12 de Enero de 2026**
Objeto	REALIZAR PROCESOS DE ASISTENCIA TECNICA PARA EL ABORDAJE DE LA CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL, DESDE UN ENFOQUE SECTORIAL E INTERSECTORIAL EN LOS MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL META, CONFORME A LOS LINEAMIENTOS NACIONALES VIGENTES
Plazo de ejecución	TRES (3) MESES DIEZ (10) DIAS
Valor total del contrato	**$18.333.333**
Fecha de iniciación	07 de septiembre de 2026
Fecha de finalización	16 de diciembre de 2026
Prorroga:	N/A
Nueva fecha de finalización:	N/A
Adición:	**N/A**
Valor Total	**N/A**
Estado del contrato	En ejecución

La presente se expide a solicitud del interesado(a) en la ciudad de Villavicencio, a los once (11) días del mes de Noviembre de 2026.

MARIA TERESA PARRADO BLANCO
Coordinadora Programa de Convivencia Social y Salud Mental

Elaboró María Teresa Parrado Blanco
Profesional Universitario

ALCALDÍA
SAN MARTÍN
DE LOS LLANOS

Municipio de San Martín de los Llanos
Alcaldía Municipal
Secretaria de Contratación

LA SUSCRITA SECRETARIA DEL DESPACHO – CONTRATACIÓN

DE LA ALCALDÍA DE SAN MARTÍN DE LOS LLANOS

CERTIFICA

Que **ANA GRACIELA HERRERA ROJAS**, identificada con cédula de ciudadanía número 40.373.042 de Villavicencio, prestó sus servicios de apoyo en el municipio de San Martin de los Llanos, como **CONTRATISTA** bajo contratos a continuación referenciados:

CONTRATO N°	039 DE 2023
OBJETO	"PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE GESTION EN LA DIMENSION VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y LA DIMENSION SALUD Y AMBITO LABORAL DEL MUNICIPIO DE SAN MARTÍN DE LOS LLANOS-META VIGENCIA 2023."
VALOR DEL CONTRATO	TRECE MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y DOS MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS ($13.562.948) MCTE
PLAZO DE CONTRATO	CUATRO (04) MESES contados a partir de la suscripción del acta de inicio.
FECHA DE INICIO	02 DE FEBRERO DE 2023
FECHA DE TERMINACION	01 DE JUNIO DE 2023
VALOR TOTAL EJECUTADO DEL CONTRATO	TRECE MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y DOS MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS ($13.562.948) MCTE

ACTIVIDADES CONTRATADAS:

1 Realizar el proceso de desarrollo de capacidades para crear, construir y fortalecer capacidades, habilidades, actitudes, valores, aptitudes, conocimientos en el talento humano en salud, así como las capacidades en las instituciones del SGSSS municipal.

2 Monitorear y evaluar, la ejecución técnica, y los resultados alcanzados, según el cronograma e informes entregados por el operador (PIC), mensualmente.

3 Apoyar la construcción y concertación actividades PIC referentes a los programas PAI, EDA/IRA.

Powered by CamScanner

4	Implementar acciones de gestión y evaluación necesarias para el logro de coberturas útiles en vacunación en el municipio.
5	Realizar Seguimiento mensual a la red de frío de la IPS vacunadora.
6	Direccionar y analizar de los MRCV según lineamiento nacionales
7	Participar en el comité departamental del plan ampliado de inmunización PAI.
8	Realizar seguimiento semestral al programa EDA-IRA (AIEPI) de las IPS locales
9	Realizar seguimiento semestral a la sala ERA de las IPS locales
10	Desarrollar acciones para el fortalecimiento de capacidades en los ciudadanos, instituciones, organizaciones sociales en los programas PAI, EDA-IRA
11	Participar en el comité de EDA/IRA (AIEPI) departamental
12	Participar en el comité de vigilancia epidemiológica municipal
13	Desarrollar mensualmente el comité del plan ampliado de inmunización PAI junto con el comité AIEPI.
14	Apoyar la implementación de políticas nacionales frente al proceso de vacunación para el programa ampliado de inmunizaciones.
15	coordinar las investigaciones de campo de los eventos inmunoprevenibles según protocolos de vigilancia epidemiológica
16	Consolidar mensualmente la búsqueda activa comunitaria de acuerdo a los lineamientos del depártanme el minsalud.
17	Participar por convocatoria en los comités municipales y entrega de información según solicitud.
18	Generar los reportes y planes de acción en las frecuencias que la secretaria de salud del meta los requiera.
	DIMENSION: SALUD Y AMBITO LABORAL
19	Gestionar los reportes de los ATEP, accidentes de trabajo y enfermedad profesional de las empresas del municipio y verificar las acciones que se están realizando para la disminución de ATEP.
20	Solicitar a la IPS, ESE hospital local informe de los casos de accidentes laborales en la población trabajadora informal, atendidos en el servicio de urgencias, mensualmente.

Powered by CamScanner

21 Recibir asistencia técnica y generar los informes relacionados con la dimensión.

22 Entrega de informe mensual, los primeros cinco (5) días hábiles del mes siguiente, de cada una de las acciones que soportan el cumplimiento de las obligaciones.

CONTRATO N°	195 DE 2023
OBJETO	"PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE GESTION EN LA DIMENSION VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y LA DIMENSION SALUD Y AMBITO LABORAL DEL MUNICIPIO DE SAN MARTÍN DE LOS LLANOS-META. VIGENCIA 2023."
VALOR DEL CONTRATO INICIAL	DIECISEIS MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS SESENTA Y DOS PESOS M/CTE ($16.388.562).
VALOR ADICIÓN	CINCO MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS SETENTA Y SIETE PESOS M/CTE ($ 5.877.277,00)
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	VEINTIDOS MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS M/CTE ($ 22.265.839)
PLAZO DE CONTRATO	CUATRO (04) MESES Y VEINTICINCO (25) DIAS, contados a partir de la suscripción del acta de inicio.
FECHA DE INICIO	06 DE JUNIO DE 2023
FECHA DE TERMINACIÓN	30 OCTUBRE DE 2023
PRORROGA DEL CONTRATO	UN (01) MES Y VEINTITRES (22) DIAS
FECHA DE TERMINACION FINAL	22 DE DICIEMBRE DE 2023
VALOR TOTAL EJECUTADO DEL CONTRATO	VEINTIDOS MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS M/CTE ($ 22.265.839)

ACTIVIDADES CONTRATADAS:

1 Realizar el proceso de desarrollo de capacidades para crear, construir y fortalecer capacidades, habilidades, actitudes, valores, aptitudes, conocimientos en el talento humano en salud, así como las capacidades en las instituciones del SGSSS municipal. Temas: IRA, EDA.VARICELA, TETANO.

2 Monitorear y evaluar, la ejecución técnica, y los resultados alcanzados, según el cronograma e informes entregados por el operador (PIC), mensualmente.

Powered by CamScanner

3	Apoyar la construcción y concertación actividades PIC referentes a los programas PAI, EDA/IRA.
4	Realizar Seguimiento mensual a la red de frío de la IPS vacunadora, Implementar acciones de gestión y evaluación necesarias para el logro de coberturas útiles en vacunación en el municipio.
5	Direccionar y analizar de los MRCV según lineamiento nacionales
6	Participar en el comité del plan ampliado de inmunización PAI- EDA/IRA (AIEPI) departamental.
7	Realizar seguimiento semestral al programa EDA-IRA (AIEPI) de las IPS locales
8	Realizar seguimiento semestral a la sala ERA de las IPS locales
9	Desarrollar acciones para el fortalecimiento de capacidades en los ciudadanos, instituciones, organizaciones sociales en los programas PAI, EDA-IRA
10	Participar en el comité de vigilancia epidemiológica municipal
11	Desarrollar mensualmente el comité del plan ampliado de inmunización PAI junto con el comité AIEPI.
12	Apoyar la implementación de políticas nacionales frente al proceso de vacunación para el programa ampliado de inmunizaciones.
13	coordinar las investigaciones de campo de los eventos inmunoprevenibles según protocolos de vigilancia epidemiológica
14	Consolidar mensualmente la búsqueda activa comunitaria de acuerdo a los lineamientos del depártanme el minsalud.
15	Participar por convocatoria en los comités municipales y entrega de información según solicitud.
16	Generar los reportes y planes de acción en las frecuencias que la secretaria de salud del meta los requiera.
	DIMENSION: SALUD Y AMBITO LABORAL
17	solicitar a la IPS, ESE hospital local informe de los casos de accidentes laborales en la población trabajadora informal, atendidos en el servicio de urgencias Y gestionar los reportes de los ATEP, accidentes de trabajo y enfermedad profesional de las empresas del municipio y verificar las acciones que se están realizando para la disminución de ATEP. Mensualmente.
18	recibir asistencia técnica y generar los informes relacionados con la dimensión.

Powered by CamScanner

19 Proyectar PAS para la vigencia 2024, según normatividad VIGENTE.

20 Realizar ASIS para la vigencia 2024, según normatividad, e incorporar información adicional de morbilidad y vigilancia en salud pública de la población víctima, dejar en un capítulo del ASIS.

21 Entrega de informe de rendición de cuentas, vigencia 2023.

22 Entrega de informe mensual, los primeros cinco (5) días hábiles del periodo contratado, de cada una de las acciones que soportan el cumplimiento de las obligaciones.

Se expide la presente certificación en el despacho, a los diecisiete (17) días del mes de enero de 2024, a solicitud del interesado.

YOVANA MARTINEZ MORA
Secretaria de despacho – Contratación

V°B° YOVANA MARTINEZ MORA:	SECRETARIA DE DESPACHO-CONTRATACIÓN	
Elaboró: SANDRA PATRICIA HERNANDEZ RESTREPO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	

Powered by CamScanner

LA SUSCRITA SECRETARIA DE DESPACHO – SECRETARIA DE GOBIERNO DE LA ALCALDIA DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS

HACE CONSTAR

Que ANA GRACIELA HERRERA ROJAS, identificada con cedula de ciudadanía número 40.373.042, prestó sus Servicios Profesionales en el Municipio de San Martin de los Llanos como CONTRATISTA bajo contrato a continuación referenciado

Contrato N°	140-2022
Objeto:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE GESTION EN LAS DIMENSION VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y LA DIMENSION SALUD Y AMBITO LABORAL DEL MUNICIPIO DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS -META VIGENCIA 2022
VALOR DEL CONTRATO	DIECISEIS MILLONES DOSCIENTOS VEINTITRES MIL SEISCIENTOS VEINTICINCO PESOS ($16 223 625) M/CTE
DURACION	CINCO (5) MESES
Fecha de Inicio	CUATRO (04) DE AGOSTO DE 2022
Fecha Terminación	TREINTA (30) DE DICIEMBRE DEL 2022

Se expide la presente Constancia a solicitud de la interesada a los cuatro (04) días del mes de enero 2023.

CAMILA B[illegible] QUINTERO
Secretaria de Despacho – Gobierno

Powered by CamScanner