Pradera, NOVIEMBRE de 2026

Doctora
ADRIANA MARCELA GUTIERREZ FERRO
Gerente
ESE HOSPITAL SAN ROQUE

Asunto: PRESTACIÓN DE SERVICIO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA DE VACUNACION PARA APOYO EN LOS PROCESOS MISIONALES DE LA ESE HOSPITAL SAN ROQUE DE PRADERA

Cordial Saludo

Atendiendo la invitación realizada por el despacho a su cargo cordialmente me permito presentar mí propuesta para la contratación de prestación de servicios como AUXILIAR DE ENFERMERIA DE VACUNACION PARA APOYO EN LOS PROCESOS MISIONALES en la E.S.E. Hospital San Roque.

El objetivo de la propuesta es apoyar técnicamente la ejecución del proyecto correspondiente. Así mismo, se manifiesta que cumplo con el perfil exigido y con experiencia en actividades similares al objeto de la contratación.

Para desarrollar la gestión, el tiempo estimado es el que determine la entidad.

El valor de los honorarios es el que ESE Hospital San Roque de Pradera, tenga asignado para esta clase de contratos de acuerdo al perfil y experiencia del profesional.

De igual forma manifiesto que no estoy incurso en ninguna causal de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con ESE Hospital San Roque de Pradera.

Mi servicio implica el cumplimiento del objeto del contrato que se celebrará con la ESE Hospital San Roque de Pradera, bajo los principios de responsabilidad, lealtad, buena fe y ética profesional.

Adjunto hoja de vida y documentos de orden jurídico que se relacionan en la invitación para el estudio y verificación que corresponda.

Atentamente,
Firma:

DANIA LEITON CAMACHO

AUXILIAR DE ENFERMERIA VACUNACION

Libertad y Orden

FORMATO COMPLETO

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
LEITON	CAMACHO	DANIA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN						GENERO			NACIONALIDAD			PAÍS
C.C.	(X)	C.E.	( )	PAS	( )	No. 66929057	F	(X)	M	( )	NB ( )	COL. (X)	EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 23 MES 07 AÑO 1974	CALLE 6N 6-74 CENTRO			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	VALLE DEL CAUCA
DEPTO	VALLE DEL CAUCA	MUNICIPIO	PRADERA		
MUNICIPIO	PRADERA	TELEFONO	3205772504	EMAIL	danileycam@hotmail.com

2. FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA									MEDIA		TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA						FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	06	AÑO	1993

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

ES (ESPECIALIZACIÓN) MG (MAESTRÍA O MAGÍSTER) DOC (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA 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) TL DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO
INSTITUTO NUESTRA SEÑORA DE FATIMA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	3000	X		AUXILIAR DE ENFERMERIA	06	2002

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4. IDIOMAS

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

IDIOMAS	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 HOSPITAL SAN ROQUE - PRADERA		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA	
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* PRADERA			*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
TELÉFONOS 2674444	*FECHA DE INGRESO* Día 01 Mes 10 Año 2024			*FECHA DE RETIRO* Día 31 Mes 12 Año 2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXLIAR EN VACUNACION	*DEPENDENCIA* AUXLIAR EN VACUNACION P.Y.P			*DIRECCIÓN* CALLE 10 10 33	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ROQUE - PRADERA		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA	
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* PRADERA			*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
TELÉFONOS 2674444	*FECHA DE INGRESO* Día 03 Mes 04 Año 2024			*FECHA DE RETIRO* Día 30 Mes 06 Año 2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXLIAR EN VACUNACION	*DEPENDENCIA* AUXLIAR EN VACUNACION P.Y.P			*DIRECCIÓN* CALLE 10 10 51 SAN ROQUE	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ROQUE - PRADERA		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA	
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* PRADERA			*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
TELÉFONOS 2674444	*FECHA DE INGRESO* Día 01 Mes 03 Año 2024			*FECHA DE RETIRO* Día 31 Mes 03 Año 2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXLIAR EN VACUNACION	*DEPENDENCIA* AUXLIAR EN VACUNACION P.Y.P			*DIRECCIÓN* CALLE 10 10 51 SAN ROQUE	

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL SAN ROQUE - PRADERA			COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
VALLE DEL CAUCA	PRADERA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
2674444	Día	01	Mes	02	Año	2024	Día	29	Mes	02	Año	2024

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXLIAR EN VACUNACION	AUXLIAR EN VACUNACION P.Y.P	CALLE 10 ESTE 10 51 ESTE SAN ROQUE

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL SAN ROQUE - PRADERA			COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
VALLE DEL CAUCA	PRADERA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
2674444	Día	01	Mes	01	Año	2024	Día	31	Mes	01	Año	2024

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXLIAR EN VACUNACION	AUXLIAR EN VACUNACION P.Y.P	CALLE 10 ESTE 10 51 ESTE SAN ROQUE

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL SAN ROQUE - PRADERA			COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
VALLE DEL CAUCA	PRADERA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
2674444	Día	21	Mes	12	Año	2023	Día	30	Mes	12	Año	2023

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXLIAR EN VACUNACION	AUXLIAR EN VACUNACION P.Y.P	CALLE 10 ESTE 10 51 ESTE SAN ROQUE

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL SAN ROQUE - PRADERA			COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
VALLE DEL CAUCA	PRADERA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
267444	Día	10	Mes	10	Año	2023	Día	30	Mes	11	Año	2023

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXLIAR EN VACUNACION	AUXLIAR EN VACUNACION P.Y.P	CALLE 10C ESTE 10 51 ESTE SAN ROQUE

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL SAN ROQUE - PRADERA			COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
VALLE DEL CAUCA	PRADERA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
2674444	Día	01	Mes	09	Año	2023	Día	30	Mes	09	Año	2023

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXLIAR EN VACUNACION	AUXLIAR EN VACUNACION P.Y.P	CALLE 10 10 51

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL SAN ROQUE - PRADERA			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA						
DEPARTAMENTO: VALLE DEL CAUCA	MUNICIPIO: PRADERA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:						
TELÉFONOS: 2674444	FECHA DE INGRESO: Día: 01	Mes: 05	Año: 2023		FECHA DE RETIRO: Día: 30	Mes: 06	Año: 2023				
CARGO O CONTRATO ACTUAL: AUXLIAR EN VACUNACION	DEPENDENCIA: AUXLIAR EN VACUNACION P.Y.P				DIRECCIÓN: CALLE 10 10 51						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL SAN ROQUE - PRADERA			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA						
DEPARTAMENTO: VALLE DEL CAUCA	MUNICIPIO: PRADERA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:						
TELÉFONOS: 2674444	FECHA DE INGRESO: Día: 20	Mes: 01	Año: 2023		FECHA DE RETIRO: Día: 30	Mes: 04	Año: 2023				
CARGO O CONTRATO ACTUAL: AUXLIAR EN VACUNACION	DEPENDENCIA: AUXLIAR EN VACUNACION P.Y.P				DIRECCIÓN: CALLE 10 10 51						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL SAN ROQUE - PRADERA			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA						
DEPARTAMENTO: VALLE DEL CAUCA	MUNICIPIO: PRADERA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:						
TELÉFONOS: 2674444	FECHA DE INGRESO: Día: 03	Mes: 10	Año: 2022		FECHA DE RETIRO: Día: 31	Mes: 10	Año: 2022				
CARGO O CONTRATO ACTUAL: AUXLIAR EN VACUNACION	DEPENDENCIA: AUXLIAR EN VACUNACION P.Y.P				DIRECCIÓN: CALLE 10 10 51						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL SAN ROQUE - PRADERA			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA						
DEPARTAMENTO: VALLE DEL CAUCA	MUNICIPIO: PRADERA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:						
TELÉFONOS: 2674444	FECHA DE INGRESO: Día: 15	Mes: 07	Año: 2022		FECHA DE RETIRO: Día: 30	Mes: 09	Año: 2022				
CARGO O CONTRATO ACTUAL: AUXLIAR EN VACUNACION	DEPENDENCIA: AUXLIAR EN VACUNACION P.Y.P				DIRECCIÓN: CALLE 10 10 51						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL SAN ROQUE - PRADERA			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA						
DEPARTAMENTO: VALLE DEL CAUCA	MUNICIPIO: PRADERA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:						
TELÉFONOS: 2674444	FECHA DE INGRESO: Día: 21	Mes: 01	Año: 2022		FECHA DE RETIRO: Día: 30	Mes: 06	Año: 2022				
CARGO O CONTRATO ACTUAL: AUXLIAR EN VACUNACION	DEPENDENCIA: AUXLIAR EN VACUNACION P.Y.P				DIRECCIÓN: CALLE 10 10 51						

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL SAN ROQUE PRADERA			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA						
DEPARTAMENTO: VALLE DEL CAUCA	MUNICIPIO: PRADERA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:						
TELÉFONOS: 2674444	FECHA DE INGRESO	Día: 25	Mes: 10	Año: 2021	FECHA DE RETIRO	Día: 15	Mes: 12	Año: 2021			
CARGO O CONTRATO ACTUAL: AUXLIAR EN VACUNACION	DEPENDENCIA: AUXLIAR EN VACUNACION P.Y.P				DIRECCIÓN: CALLE 10 10 51						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL SAN ROQUE PRADERA			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA						
DEPARTAMENTO: VALLE DEL CAUCA	MUNICIPIO: PRADERA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:						
TELÉFONOS: 267444	FECHA DE INGRESO	Día: 01	Mes: 08	Año: 2021	FECHA DE RETIRO	Día: 31	Mes: 08	Año: 2021			
CARGO O CONTRATO ACTUAL: AUXLIAR EN VACUNACION	DEPENDENCIA: AUXLIAR EN VACUNACION P.Y.P				DIRECCIÓN: CALLE 10 10 51						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL SAN ROQUE PRADERA			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA						
DEPARTAMENTO: VALLE DEL CAUCA	MUNICIPIO: PRADERA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:						
TELÉFONOS: 267444	FECHA DE INGRESO	Día: 05	Mes: 06	Año: 2021	FECHA DE RETIRO	Día: 31	Mes: 07	Año: 2021			
CARGO O CONTRATO ACTUAL: AUXLIAR EN VACUNACION	DEPENDENCIA: AUXLIAR EN VACUNACION P.Y.P				DIRECCIÓN: CALLE 10 10 51						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL SAN ROQUE PRADERA			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA						
DEPARTAMENTO: VALLE DEL CAUCA	MUNICIPIO: PRADERA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:						
TELÉFONOS: 2674444	FECHA DE INGRESO	Día: 03	Mes: 04	Año: 2021	FECHA DE RETIRO	Día: 31	Mes: 05	Año: 2021			
CARGO O CONTRATO ACTUAL: AUXLIAR EN VACUNACION	DEPENDENCIA: AUXLIAR EN VACUNACION P.Y.P				DIRECCIÓN: CALLE 10 10 51						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL SAN ROQUE PRADERA			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA						
DEPARTAMENTO: VALLE DEL CAUCA	MUNICIPIO: PRADERA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:						
TELÉFONOS: 2674444	FECHA DE INGRESO	Día: 01	Mes: 01	Año: 2021	FECHA DE RETIRO	Día: 31	Mes: 03	Año: 2021			
CARGO O CONTRATO ACTUAL: AUXLIAR EN VACUNACION	DEPENDENCIA: AUXLIAR EN VACUNACION P.Y.P				DIRECCIÓN: CALLE 10 10 51						

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ROQUE PRADERA			*PÚBLICA*		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA				
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA		*MUNICIPIO* PRADERA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
TELÉFONOS 2674444		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*				
	Día	01	*Mes*	02	*Año*	2020	*Día*	30	*Mes*	06	*Año* 2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXLIAR EN VACUNACION		*DEPENDENCIA* AUXLIAR EN VACUNACION P.Y.P					*DIRECCIÓN* CALLE 10 10 51				

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ROQUE PRADERA			*PÚBLICA*		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA				
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA		*MUNICIPIO* PRADERA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
TELÉFONOS 2674444		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*				
	Día	05	*Mes*	04	*Año*	2019	*Día*	25	*Mes*	06	*Año* 2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXLIAR EN VACUNACION		*DEPENDENCIA* AUXLIAR EN VACUNACION P.Y.P					*DIRECCIÓN* CALLE 10 10 51				

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ROQUE PRADERA			*PÚBLICA*		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA				
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA		*MUNICIPIO* PRADERA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
TELÉFONOS 2674444		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*				
	Día	22	*Mes*	01	*Año*	2018	*Día*	30	*Mes*	06	*Año* 2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXLIAR EN VACUNACION		*DEPENDENCIA* AUXLIAR EN VACUNACION P.Y.P					*DIRECCIÓN* CALLE 10 10 51				

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ROQUE PRADERA			*PÚBLICA*		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA				
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA		*MUNICIPIO* PRADERA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
TELÉFONOS 2674444		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*				
	Día	05	*Mes*	07	*Año*	2017	*Día*	31	*Mes*	12	*Año* 2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXLIAR EN VACUNACION		*DEPENDENCIA* AUXLIAR EN VACUNACION P.Y.P					*DIRECCIÓN* CALLE 10 10 51				

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ROQUE PRADERA			*PÚBLICA*		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA				
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA		*MUNICIPIO* PRADERA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
TELÉFONOS 2674444		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*				
	Día	31	*Mes*	10	*Año*	2016	*Día*	31	*Mes*	12	*Año* 2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXLIAR EN VACUNACION		*DEPENDENCIA* AUXLIAR EN VACUNACION P.Y.P					*DIRECCIÓN* CALLE 10 10 51				

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL SAN ROQUE PRADERA			PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: VALLE DEL CAUCA	MUNICIPIO: PRADERA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS: 2674444	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día: 01	Mes: 07	Año: 2016				Día: 30	Mes: 09	Año: 2016			
CARGO O CONTRATO ACTUAL: AUXLIAR EN VACUNACION	DEPENDENCIA: AUXLIAR EN VACUNACION P.Y.P						DIRECCIÓN: CALLE 10 10 51					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL SAN ROQUE PRADERA			PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: VALLE DEL CAUCA	MUNICIPIO: PRADERA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS: 2674444	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día: 02	Mes: 01	Año: 2016				Día: 31	Mes: 05	Año: 2016			
CARGO O CONTRATO ACTUAL: AUXLIAR EN VACUNACION	DEPENDENCIA: AUXLIAR EN VACUNACION P.Y.P						DIRECCIÓN: CALLE 10 10 51					

16 - 33 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					

17 - 34 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	5	4
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

38. FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ___ NO ___ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PUBLICOS 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

39. 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

COLOMBIA
PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

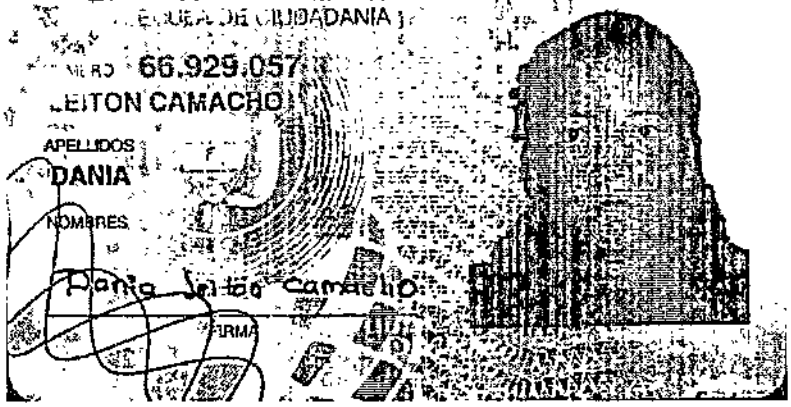
NUMERO 66.929.057
LEITON CAMACHO

APELLIDOS
DANIA

NOMBRES

Dania Leiton Camacho

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 23-JUL-1974
PRADERA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

10-JUN-1993 PRADERA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-3108200-00037822-F-0066929057-20080804 0001767878A 1 3190003030



INSTITUTO DE CAPACITACIÓN
Calle 29 Carrera 28 Esquina
Resolución de Inscripción de labores N° 0378 del Mayo 22/96
Secretaría de Educación del Departamento del Valle del Cauca
N.I.T. 940.124.454 Ministerio de Salud (Res. 0473 del 10/3)
de la República de COLOMBIA



En la ciudad de Palmira, Departamento del Valle del Cauca, en el auditorio C.C. Jamilón, siendo las 3:30 p.m. Del día 15 de Junio de 2002, se hizo entrega del Certificado de Aptitud Ocupacional en la especialidad de TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA a DANIA LEITON CAMACHO con C.C. No.66,929,057 De Pradera (Valle) quien cursó y aprobó los estudios teórico – prácticos en este oficio, con una intensidad horaria de 3000 H.

Asistieron por parte del Instituto, el Director General Dr. Adolfo Sánchez, Subdirectora General Ora. Yadira Escobar, Directora Académica Enf. Nazareth Marín Cano, Coordinadora Académica Enf. Ofelia García Zuleta, Supervisora de Práctica Hospitalaria Enf. Raquel Figueroa, Asistente de Dirección General Enf. Diego Rivera, por la Secretaría de Salud Enf. Lucy del Carmen Luna, Doctores: Nazly Escobar, Claudia Patricia Guerrero, Carlos Julio Ramírez, José Vicente Santacruz, Alba Ayde Alvarez, Carolina Quintones, Docentes: Mónica López, Juan Carlos Jaimes, Leisin Arroyo, Luz Astrid Sadder, Miguel Andrés Estrada, Victoria Eugenia Restrepo, Bibiana Hurtado, Inés Ramírez, Roxana Pinto, Eduardo Gutiérrez, Marina Montenegro, Diana Escobar, Sonia Quebradas.

La ceremonia se efectuó de acuerdo al siguiente programa:

I. Himno Nacional.
II. Saludo de Bienvenida.
III. Palabras del Dr. Adolfo Sánchez, Director General.
IV. Palabras de la Dra. Yadira Escobar, Subdirectora General.
V. Palabras de la Jefe Nazareth Marín, Directora Académica.
VI. Acto musical.
VII. Entrega de Certificados.
VIII. Palabras de Duvan Andrés Sánchez estudiante de Auxiliar de Enfermería.
IX. Presentación de Yesenia Castro estudiante de Laboratorio Clínico.
X. Despedida a cargo de la Doctora Yirlean Sánchez, Jefe de Departamento de Control Interno y Doctora Nazly Escobar Lozano, Directora Administrativa.

Siendo las 6:00 p.m. se dio por terminada la ceremonia

ADOLFO SÁNCHEZ
Director

Registro
R.D. 1446
A.E.

Impulsado por CamScanner

DANIA LEYTON CAMACHO
HOJA DE VIDA

INFA

NSTITUTO DE CAPACITACIÓN NUESTRA SEÑORA DE FATIMA

onformidad con los Decretos: 0114 / 96 del Ministerio de Educación Nacional y 1849/92 del Ministerio de Salud. Resolución 0883 de Septiembre 1993 de la Secretaría de Educación del Valle del Cauca

CERTIFICA

La Aptitud Ocupacional

DANIA LEITON CAMACHO

C.DE C. 66.929.057 DE Pradera, Valle

EN LA ESPECIALIDAD DE TECNICO

Auxiliar de Enfermería

Intensidad Horaria total 3.000 Horas - Teórico - Práctico
Modo de Formación: Aprendizaje

stituto de Capacitación
tra Señora de Fátima

Instituto de Capacitación
Nuestra Señora de Fátima

DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA
SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO
TESORERÍA GENERAL

CIUDAD:

DÍA MES AÑO
FECHA: 15 06 02 RECIBO No: 09336

ESTAMPILLA PRO-HOSPITALES
UNIVERSITARIOS PÚBLICOS

$900.00
NOVECIENTOS PESOS MCTE.

2000 Folio 1446

2000 1446 D 1446

15 de 06 de 2002.

INSTITUTO DE CAPACITACION NUESTRA SEÑORA DE FATIMA

Instituto de Capacitación
DIRECTOR

DANIA LEYTON CAMACHO
HOJA DE VIDA

In Fa

Instituto De Capacitación Nuestra Señora De Fátima

Institución Dedicada A La Capacitación Y Formación De Personal Técnico Auxiliar En Áreas De La Salud.
En Conformidad Con Los Decretos 0114 / 96 Del Ministerio De Educación Nacional

Departamento De Educación Continuada - Programas de Extensión

CERTIFICA

QUE DANIA LEITON CAMACHO

C.C. 66.929.057 Pradera (V.)

REALIZO EL DIPLOMADO DE

CIRCULANTE EN SALAS DE CIRUGIA

INTENSIDAD HORARIA 48 HORAS (TEORICO PRACTICO)

CONTENIDO: MEDICO QUIRURGICAS - PERSONAL Y AMBIENTE EN EL QUIROFANO - FARMACOLOGIA - INSTRUMENTACIÓN

In Fa

Dirección General



Educación continuada
programas de extensión

Coordinación Académica

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Departamento del Valle del Cauca
Palmira - Valle

CENTRO DE ASISTENCIAS TECNICAS EMPRESARIALES DE SALUD

CENTRA 2000 E.A.T.

Aprobado por acuerdo No. 031 de Febrero de 2009 de la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud y Resolución No. 800-002-003-1415 del 27 de Agosto de 2008 de la Secretaría Municipal de Educación de Palmira - Valle del Cauca

CERTIFICA QUE:

DANIA LEITON CAMACHO

C.C. 66.929.057 de Pradera - Valle

ASISTIÓ AL DIPLOMADO DE:

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS "UCI"

Con una intensidad de 120 horas, realizado en el periodo
Desde el 24 de Septiembre al 14 de Diciembre de 2011 .

Dado en la ciudad de Palmira Valle del Cauca, a los catorce (14) días del mes de Diciembre de 2011

Dra. GLADYS MURILLO TELLO.
Directora

Ing. MARIO CABAL ALFONSO.
Secretario Académico

Hospital San Roque
Empresa Social del Estado
Pradera - Valle

LA SUSCRITA GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ROQUE DE PRADERA VALLE

NIT: 891301121

HACE CONSTAR

Que, revisando el archivo de la entidad, y se puede constatar que la señora **DANIA LEITON CAMACHO,** titular de la C.C. **66.929.057** a prestado sus servicios en la institución a bajo las actividades de **"PRESTACIÓN DE SERVICIO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA APOYO EN LA GESTIÓN ESTRATÉGICA DE LA ESE HOSPITAL SAN ROQUE DE PRADERA"** en la modalidad de contratistas de prestacion de servicios sin ningun vinculo laboral con la empresa:

2016	054-2016	2016/01/26	2016/05/31
2016	106-2016	2016/07/01	2016/09/30
2016	201-2016	2016/10/24	2016/12/31
2017	135-2017	2017/07/05	2017/12/31
2018	077-2018	2018/01/22	2018/06/30
2019	116-2019	2019/04/01	2019/06/25
2020	050-2020	2020/02/01	2020/06/30
2021	081-2021	2021/01/15	2021/03/31
2021	OPS	2021/04/05	2021/05/31
2021	OPS	2021/06/05	2021/07/31
2021	OPS	2021/08/05	2021/08/31
2021	130-2021-2	2021/10/23	2021/12/15
2022	020-2022	2022/01/21	2022/06/30
2022	191-2022	2022/07/15	2022/09/30
2023	022-2023	2023/01/20	2023/04/30
2023	OTRO SI 022-2023	2023/05/01	2023/06/30
2023	222-2023	2023/07/20	2023/08/31
2023	OTRO SI 222-2023	2023/09/01	2023/09/30
2022	329-2022	2022/10/15	2022/10/31
2023	365-2023	2023/10/10	2023/11/30
2023	489-2023	2023/12/21	2023/12/28
2024	022-2024	2024/01/17	2024/01/31
2024	130-2024	2024/02/03	2024/02/29
2024	206-2024	2024/03/18	2024/03/31
2024	295-2024	2024/04/22	2024/06/30

En constancia de lo anterior se firma a los dos (02) días del mes de agosto de dos mil veinticuatro (2024)

Atentamente:

Hospital San Roque
Empresa Social del Estado

ADRIANA MARCELA GUTIERREZ FERRO
Gerente - Hospital San Roque
PROYECTO: YENIFER YISEL BELTRAN PASTES

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 03:36:55 PM horas del 03/11/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **66929057**

Apellidos y Nombres: **LEITON CAMACHO DANIA**

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

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 305836577

M
08:13:56

Bogotá DC, 04 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) DANIA LEITON CAMACHO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 66929057:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 03 de noviembre de 2026, a las 15:59:15, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	66929057
Código de Verificación	669290572611031559l5

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

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, 03/11/2026 04:04:00 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **66929057** y Nombre: **DANIA LEITON CAMACHO.**

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. **150835989** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 16:10:57 horas del 03/11/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **66929057,** Apellidos y Nombres **LEITON CAMACHO DANIA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE HOSPITAL SAN ROQUE** , con NIT **891301121-1** 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 66929057 **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 03/11/2026 03:59 PM

Código Verificación: **CHY74RFPUN**

Válida hasta: **03/02/2027**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Certificación Bancaria

Martes, 03 de noviembre de 2026

A quien le interese

Bancolombia S.A. se permite informar que DANIA LEITON CAMACHO identificado(a) con CC 66929057, 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	86457859041	2016-04-04	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.

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

Función Pública

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

Tipo de declaración	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2026-11-03 16:15

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
DANIA		LEITON	CAMACHO

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	66929057

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	VALLE DEL CAUCA	PRADERA

Lugar de domicilio

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	VALLE DEL CAUCA	PRADERA

Nombre de la entidad/organismo/Institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	HOSPITAL SAN ROQUE - PRADERA

Lugar de sede

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	VALLE DEL CAUCA	PRADERA

Dirección	["CALLE 10 No. 10-30"]
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.

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.

DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

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

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

12. 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

11.3. 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

12. 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.

12.1. INFORMACIÓN DE CONYUGE 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

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141003239471

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 6 6 9 2 9 0 5 7 | 8 6. DV

12. Dirección seccional Popayán y Aduanas de Puerto

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	66929057	1 9 9 3 0 6 1 0

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Pradera 5 6 3

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
LEITON	CAMACHO	DANIA	

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Pradera 5 6 3

41. Dirección principal: DG 4 15 35 BRR EL JARDIN

42. Correo electrónico: danileycam@hotmail.com

43. Código postal | 44. Teléfono 1: 3 2 0 5 7 7 2 5 0 4 | 45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 2 0

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

54. Código

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: 2024-04-01 11:37:23

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 1.6.1.2.5 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el tratante 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:

664. Nombre: LEITON CAMACHO DANIA

665. Cargo: CONTRIBUYENTE

DOCUMENTO SIN VALIDEZ

nueva eps

CERTIFICA

El(La) Señor(a) DANIA LEITON CAMACHO identificado(a) con CC 66929057 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	**01/08/2008**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**SANACION Y VIDA I.P.S S.A.S. SEDE PRADERA**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 3 días del mes de noviembre del año 2026.

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

Observaciones:

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

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

DANIA LEITON CAMACHO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **66.929.057**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 3 de Noviembre del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co *y actualice su Historia Laboral.*

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 66929057	9	LEITON CAMACHO DANIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 6 #6-74	PRADERA-VALLE	2674444	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-09	2026-09	1000001600	95111830437	1	2026/10/15	2026/10/06	BANCO DE BOGOTA	0	$541.800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	Fondo Solidaridad Pensional	Intereses de Mora Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Intereses de Mora Fondo Subsistencia	SALDOS E INCAPACIDADES	VA
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0						$0
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$0						$0
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$42,700	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0						$0
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$218,900	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0
TOTAL				1	$541,800	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 66929057		LEITON CAMACHO DANIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 6 #6-74	PRADERA-VALLE	2674424	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave #		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-09	2026-09	1000001600	95218330437	I	2026/10/15	2026/10/06	BANCO DE BOGOTA	0	$541,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

	EMPLEADO			PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
[illegible] PRADERA DEL VALLE (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
1	CC	66929057	LEITON DANIA	30	$1,750,905	$280,200	EPS037	30	$1,750,905	$218,900			$0	$0	14-11	30	$1,750,905	$42,700		$0	$0
Total 1 Afiliados(1)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0

JADIS MORALES JIMENEZ
MEDICO LABORAL

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

GESTION ASISTENCIAL

Codigo: AMOT
Version: 002
Emision: Agosto 2017
Pagina: 1 de 1

Certificado de Aptitud laboral de: INGRESO
Fecha de Atencion: 02/10/2023
Nombre del trabajador: DAIRA LEITON CAMACHO
Cedula de Ciudadania: 60329057 DE PRADERA RH: A+ EAPB: NUEVA EPS
Edad: 48 AÑOS FECHA DE NACIMIENTO: 23-07-1974
Empresa: ESE HOSPITAL SAN ROQUE PRADERA
Cargo: AUXILAR DE ENFERMERIA
Area / Seccion: VACUNACION

Diagnosticos:	Conducta / Manejo:
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	APTO SIN RECOMENDACIONES

Examenes complementarios

Audiometria	NO	SAL		ELI O.D.		ELI O.I.		LARSEN O.D.		LARSEN O.I.	
Visiometria	NO	Agudeza visual Lejana	O.D.		O.I.		Agudeza visual cercana	O.D.		O.I.	
		Estereopsis	Normal	Forias	Normal	Cromaticidad	Normal				
Optometria	NO	0							
Espirometria	NO	0							
Otros:	Ninguno								
0									
0									

Restricciones y/o recomendaciones: USO DE EPP , HABITOS SALUDABLES , HIGIENE POSTURAL
PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A LAS NORMAS DE LA EMPRESA, AUTO-CUIDADO.
DIETA Y EJERCICIOS.
CONTROL CON NUTRICION DE SU EPS

La presente certificacion se expide con base en la Historia Clinica Ocupacional que tiene caracter confidencial y su manejo regulado (Resolucion 2346 del 2007).

Firma del Medico Ocupacional
Nombre completo y No. C.C.
Y No. del Registro

Firma Medico Ocupacional y Registro Medico

Firma y cedula del trabajador
66.979.653

Huella indice derecho

Autorizo a la IPS para que los resultados que se originen en la atencion medica, sean socializados por la empresa contratante con quien tengo vinculo laboral, para analizar la pertinencia de mi ubicacion ocupacional en el cargo que desempeño actualmente. Autorizo para que entregue los resultados en el Departamento de Salud Ocupacional de la empresa, aplicando el concepto de confidencialidad medica. Conozco que la atencion medica que se me brinde en la IPS a la cual estoy afiliado, no tiene costo alguno. Autorizo para que entregue los resultados en el Departamento de Salud Ocupacional de la empresa, aplicando el concepto de confidencialidad medica. Conozco que la atencion medica que se me brinde en la IPS a la cual estoy afiliado, no tiene costo alguno.

Powered by CamScanner

Agenda Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste | UTC -5 16:43:39 DANIA LEITON

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

Escritorio → **Configuración Entidad Estatal/Proveedor**

- Datos de la Entidad Estatal/Proveedor
- Áreas de interés
- Configuración Entidad Estatal / Proveedor
- Administración de usuarios
- Recomendaciones (no disponible)
- Biblioteca de documentos
- Suscripción a notificaciones

Editar datos resumen | Editar datos completos

Información general

Logo de la entidad	
Nombre de la entidad	DANIA LEITON
Nombre abreviado	DANIA LEITON
Fecha de creación	5/10/2022 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
País de origen	COLOMBIA
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	66929057
Tipo Entidad Estatal / Proveedor	Persona Natural colombiana
Código UNSPSC	
Zona horaria	
Idioma	
Moneda por defecto	
País	COLOMBIA
Ciudad	Valle del Cauca
Municipio	Pradera

Información de contacto

Dirección	DIAGONAL 4 Nº 15-35 el jardin
Código postal	
Teléfono de oficina	3205772504
Fax de oficina	
Correo electrónico de la oficina	daniloycam@hotmail.com
Correo electrónico para notificaciones SECOP II	daniloycam@hotmail.com

Dirección	Estado	País	Teléfono

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Página web

Página web	
Facebook	
URL linkedin	
URL de youtube	
Twitter URL	

Contacto principal

Título	
Nombre	DANIA LEITON CAMACHO
Cargo	

DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA SECRETARIA
DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL VALLE

RESOLUCION No. 76 - 0609

02 AGO 2010

Por la cual concede una autorización para el desempeño de una Profesión.

La Profesional Universitaria de la Secretaria Departamental de Salud del Valle del Cauca, de acuerdo a lo dispuesto en el Decreto 1875 del 03 de Agosto de 1994, el Decreto 1352 del 12 de Julio de 2000.

CONSIDERANDO

Que Dania Leiton *Camacho* Identificada con Cedula de Ciudadanía NO 66929057 expedida en Pradera-Valle, ha solicitado autorización para desempeñarse como *Auxiliar* en Enfermería, según certificado de Auxiliar de Enfermería que le otorgo, el Instituto de Capacitación Nuestra Señora de Fátima, el 15 de junio de 2002.

En consideración este Despacho,

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a Dania Leiton Camacho, para desempenarse como Auxiliar en Enfermería en todo el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: Esta resolución rige a partir de la fecha de su notificación.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

MARIA VICTA GUZMAN
Profesional Universitaria

Proyectó, Myriam Emilsen Perdomo B

Impulsado por CamScanner

ReTHUS

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

Tipo de Identificación * Cedula de Ciudadania

Número de Identificación * 66929057

Primer Nombre DANIA

Primer Apellido LEITON

Confirme los números de la Imagen * 9915



Cambiar

4988

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2026-11-03→4:44:58 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	66929057	DANIA		LEITON	CAMACHO	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) DANIA LEITON CAMACHO identificado(a) con CC 66929057 registra La siguiente información:

2026-11-03→4:44:58 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto	Acto Administrativo	Entidad Reportadora

Teléfono

Móvil 3205772504

Fax

Correo electrónico danileycam@hotmail.com

Información financiera (No diligencie la tabla de información financiera si no está obligado a tener estados financieros.)

Año fiscal	Ingresos	Ebitda	Número de empleado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Editar datos completos

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Dania

Apellidos: Leiton camacho

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 66929057

Fecha de Nacimiento: Día 23 Mes 07 Año 1978

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	10-1-18	[illegible]	[illegible]
	2	10-2-18		[illegible]
	3	10-8-18		
	4	10-8-19		[illegible]
	5	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Contra Hepatitis B	1	03-29-19	[illegible]	[illegible]
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	10-1-18	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	12-12-19	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Virus de Papiloma Humano	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	0-1-18	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	19-11-19	[illegible]		Martha

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
[illegible]	1	02 marzo 21	[illegible]	A2021 0100 44	Hospital San Rafael	martha delgado	51855145
	2	30 marzo 2021	[illegible]	E 2021 0202	Hospital Salvador	martha delgado	51855145
	3	26-11-21	Madeina	[illegible]	HSR	martha delgado	51855 145

Impulsado por CamScanner

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4803508045

PÓLIZA No: 480 -89 - 994000003423 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: IBAGUÉ — COD.AGE: 480 — RAMO: 89 — PAP:

FECHA DE EXPEDICIÓN (DIA / MES / AÑO)	VIGENCIA DESDE (DIA / MES / AÑO / HORAS)	VIGENCIA HASTA (DIA / MES / AÑO / HORAS / DIAS)	FECHA DE IMPRESIÓN (DIA / MES / AÑO)
02 / 06 / 2026	02 / 06 / 2026 / 23:59	02 / 06 / 2027 / 23:59 / 365	02 / 06 / 2026

MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL — TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION

VIGENCIA DEL ANEXO — DESDE (DIA / MES / AÑO / HORAS)	HASTA (DIA / MES / AÑO / HORAS / DIAS)
02 / 06 / 2026 / 23:59	02 / 06 / 2027 / 23:59 / 365

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: DANIA LEITON CAMACHO — IDENTIFICACIÓN: CC 66.929.057
DIRECCION: CALLE 6 N 7-64 CENTRO — CIUDAD: PRADERA, VALLE DEL CAUCA — TELÉFONO: 3205772504

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: DANIA LEITON CAMACHO — IDENTIFICACIÓN: CC 66.929.057
DIRECCIÓN: CALLE 6 N 7-64 CENTRO — CIUDAD: PRADERA, VALLE DEL CAUCA — TELÉFONO: 3205772504
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS — IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 — DEPARTAMENTO: TOLIMA — CIUDAD: IBAGUÉ

DIRECCION: CALLE 6 #6 - 74

ACTIVIDAD: AUXILIAR DE LA SALUD

DESCRIPCION AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL ACTO MEDICO	$ 100,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA	100,000,000.00	
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO	100,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS	100,000,000.00	0.00
SUSTITUCION PROVISIONAL	100,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA	10,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMMLV en RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS/SUSTITUCION PROVISIONAL

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ ***100,000,000.00	$ **********54,950	$****15,000.00	$ *******13,291	$ **********83,240

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	%PART
HERNANDO CAICEDO Y CIA LTDA	2579	100.00

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

PARA ACCEDER AL CLAUSURADO DE SU PÓLIZA DE SEGURO, POR FAVOR INGRESE AL SIGUIENTE LINK https://aseguradorasolidaria.com.co/personas-de-interes/biblioteca-de-clausulados.aspx Y BUSQUE EL NOMBRE DEL PRODUCTO TAL Y COMO FIGURA EN EL TÍTULO DE ESTE DOCUMENTO. TAMBIÉN PUEDE VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTA PÓLIZA DESDE NUESTRA PÁGINA WEB https://www.aseguradorasolidaria.com.co, EN EL MENÚ "SERVICIOS", OPCIÓN "CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO Y OTROS".

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000070004803508044

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá

CLIENTE

CAD0207B0A0FF47E5B

HECAICEDO D

Defensor del Consumidor Financiero – Principal: Juan Sebastián Portilla Portilla - Defensor del Consumidor Financiero – Suplente: José Guillermo Peña González.
Dirección: Av 19 # 114 – 09 oficina 502 Bogotá – Teléfonos: (601) 213 13 70 – 213 13 22 - Celular: 321 924 04 79 – 323 732 79 34 - Correo electrónico: contacto@pgabogados.com
Horario: Lunes a Viernes de 8:00 a.m. a 12:00 p m/y 1:00 p.m. a 5.00 p.m Para mayor información le invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:
https://aseguradorasolidaria.com.co/recursos/site1/General/2025/DEFENSOR-CONSUMIDOR-FINANCIERO-2025F.pdf

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

Compañía de Seguros

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 8601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: IBAGUÉ COD. AGENCIA: 480 RAMO: 89 No PÓLIZA: 994000003423 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: DANIA LEITON CAMACHO IDENTIFICACIÓN: CC 66.929.057

ASEGURADO: DANIA LEITON CAMACHO IDENTIFICACIÓN: CC 66.929.057

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO DE LA POLIZA

SEGURO DE RC PROFESIONAL INDIVIDUAL PARA MEDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD (MODALIDAD OCURRENCIA)

TOMADOR: DANIA LEITON CAMACHO
ASEGURADO: DANIA LEITON CAMACHO
BENEFICIARIO: Terceros Afectados y/o quien tenga derecho a la prestación asegurada.

DOMICILIO DEL ASEGURADO: CALLE 6 #6 - 74
PROFESION ASEGURADA: Auxiliar de Enfermería
ESPECIALIZACION: Auxiliar de Enfermería

VIGENCIA: 365 días, a partir del día 02 del mes de 06 del año 2026 con inicio de cobertura a las 23:59 horas.

OBJETO:
Otorgar cobertura de Responsabilidad Civil Profesional Médica Individual al profesional médico asegurado bajo la presente póliza, en consideración a las declaraciones manifestadas y contenidas en el formulario de solicitud de seguro, las cuales se incorporan al contrato de seguros para todos los efectos, y al pago de la prima correspondiente, hasta por los límites y sublímites asegurados estipulados para cada amparo, tal como se describen en las siguientes condiciones particulares.

CONDICIONES GENERALES:
Según Aseguradora Solidaria de Colombia forma 17/03/2021-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-36-D00I y 17/03/2021-1502-NT-P-06-P170321MCGSGS000 CL-SUSG-36-RC-MEDICA-PROFESIONAL-17032021.pdf, (aseguradorasolidaria.com.co)

AMPARO BÁSICO:
Responsabilidad Civil Profesional Médica: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.
Uso de Equipos de Diagnóstico y/o Terapéutica: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.
Suministro de Medicamentos: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.
Sustitución Provisional: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.
Costos de Defensa: sublímite del 10% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia.
Costos para la constitución de Cauciones Judiciales: sublímite del 5% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia.
Costas del proceso según fallo judicial: sublímite del 10% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia.
Cobertura a Perjuicios Extra patrimoniales: sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia. Entendido como Perjuicios Extrapatrimoniales los ocasionados a un tercero, derivados directamente de una lesión personal o daño material amparados por la póliza. En Daños Morales se incluyen amparados los Perjuicios Fisiológicos y los Daños a la Vida en Relación.

ANEXOS DE COBERTURA, CONDICIONES Y DEMAS CLAUSULAS:
No se otorga restablecimiento automático de la suma asegurada.
Definición de Sublímite: incluido dentro del valor asegurado, esto quiere decir que en caso de pérdida total no constituye un valor adicional de indemnización
Cláusula de Revocación: treinta (30) días.
Aviso de Siniestro: treinta (30) días.
Cláusula de no renovación tácita o automática.
Declaraciones Reticentes o Inexactas: la empresa tomadora está obligada a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias relacionadas con éste producen los efectos previstos en el Código de Comercio.

TODAS LAS MODIFICACIONES, ALTERACIONES Y/O EXTENSIONES DEBERÁN SER ACORDADAS CON ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA.
TODOS LOS AMPAROS, LIMITES, SUBLIMITES Y ANEXOS HACEN PARTE DEL LÍMITE AGREGADO DE RESPONSABILIDAD Y NO SON EN ADICIÓN A ESTE.

DEDUCIBLES:
Gastos de Defensa, Cauciones Judiciales y Costas del Proceso: sin aplicación de deducible.
Demás Eventos: 10% del valor de la pérdida, mínimo 2 SMMLV.

EXCLUSIONES:
Sin perjuicio de las consagradas en el texto de las condiciones generales del seguro, se adicionan las siguientes:

CLIENTE

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: IBAGUÉ COD. AGENCIA: 480 RAMO: 89 No PÓLIZA: 994000003423 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: DANIA LEITON CAMACHO IDENTIFICACIÓN: CC 66.929.057

ASEGURADO: DANIA LEITON CAMACHO IDENTIFICACIÓN: CC 66.929.057

BENEFICIARIO: TERCEROS APECTADOS IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO DE LA POLIZA

Actos médicos realizados con aparatos, equipos o tratamientos o medicamentos no reconocidos por la ciencia médica, salvo aquellos de carácter científico-experimental durante ensayos clínicos cuyos protocolos hayan sido debidamente autorizados por organizaciones respectivas o informados por escrito al Asegurador previo a su inicio. Excepto también cuando la utilización de los cuales representa el último remedio para el paciente a raíz de su condición, cuya aplicación haya sido sancionada por las autoridades civiles y/o administrativas respectivas y cuya naturaleza y carácter de científico experimental haya sido consignada fiel y claramente en el consentimiento informado realizado con el paciente, y avalado con la firma de éste.

Daños Financieros Puros (Lucro cesante) que no sean consecuencia directa de un daño físico causado por el Asegurado a un paciente.

Reclamaciones por sanciones punitivas o ejemplares, es decir, cualquier multa o penalidad impuesta por un juez civil o penal, o sanciones de carácter administrativo.

Reclamaciones por cirugía bariátrica, salvo para pacientes diagnosticados clínicamente con obesidad mórbida o super-obesidad y con masa corporal superior a 35 kilogramos por metro cuadrado.

Reclamaciones por cualquier ofensa sexual, cualquiera que sea su causa y/u origen.

Reclamaciones por actos médicos realizados con anterioridad a la fecha de entrada en vigor de ésta cobertura.

Reclamaciones por la falta o el incumplimiento, completo o parcial, del suministro de servicios tales como la electricidad, agua, gas, teléfono, etc., salvo en caso de fuerza mayor no imputable al Asegurado.

Reclamaciones por incumplimiento de algún convenio, sea verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de éxito que garantice el resultado de cualquier tipo de servicio médico.

Reclamaciones por reintegro de honorarios profesionales o sumas abonadas al Asegurado o a su representante.

Reclamaciones por toda Responsabilidad Civil Contractual y Extracontractual, tales como; RC Patronal, RC directores y Oficiales (DO), RC de Profesionales no Médicos (EO), RC Servidores Públicos, y RC Automotores.

Reclamaciones presentadas y/o demandas entabladas / formuladas y/o sentencias fuera del país de domicilio del Asegurado, incluyendo aquellas donde se conceda el estado de Exquatur en Colombia.

Cualquier Médico General o Cirujano que efectúe control de peso mediante liposucción, lipoescultura, derivación intestinal, o mediante receta de medicamentos que contengan barbitúricos, sus componentes y/o derivados.

Cualquier Médico General o Cirujano que efectúe liposucción, lipoescultura, derivación intestinal o gastro plastia transversal únicamente con fines estéticos o cosméticos.

Se modifica la exclusión 2.5 de la sección 2 del condicionado general para ser reemplazado por el siguiente texto:

2. EXCLUSIONES GENERALES APLICABLES A TODA PÓLIZA

2.5.

2.5.1. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE FERTILIDAD HUMANA QUE SUSTITUYAN EL PROCESO NATURAL DE LA REPRODUCCIÓN (FACILITAR EL EMBARAZO) POR CUALQUIERA DE LAS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA, YA SEA POR INSEMINACIÓN ARTIFICAL O FECUNDACIÓN IN VITRO.

2.5.2. RESPONSABILIDAD CIVIL POR TRATAMIENTOS DESTINADOS A LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, SALVO CASO ESPECÍFICO DEL ABORTO (INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO) QUEDAN AMPARADOS LOS DAÑOS A CONSECUENCIA DE UNA INTERVENCIÓN QUE CORRESPONDA AL CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACIÓN LEGAL Y/O CONSTITUCIONAL.

EXCLUSIÓN ENFERMEDAD TRANSMISIBLE, según texto.
CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE PÉRDIDAS Y DATOS CIBERNÉTICOS, según texto.

EXCLUSIÓN ENFERMEDAD TRANSMISIBLE
Esta Póliza no aplica a: Enfermedad Transmisible Lesión Personal o Daño Material surgido de una transmisión real o presunta de una enfermedad transmisible, incluyendo, pero sin limitarse al Nuevo Coronavirus en cualquier forma de cualquier origen.

Esta exclusión aplica aun si los reclamos contra cualquier asegurado alegan negligencia u otra conducta indebida en:

a. La supervisión, contratación, empleo, entrenamiento o monitoreo de otros que puedan estar infectados y propagar una enfermedad transmisible;
b. Las pruebas para una enfermedad transmisible;
c. Falla en prevenir la propagación de la enfermedad; o
d. Falla en el reporte de la enfermedad a las autoridades;
e. La aplicación de cualquier ley u orden la cual el asegurado estaba legalmente obligado a cumplir antes o en cualquier momento de la propagación real de la Enfermedad Transmisible.

Esta Póliza excluye también cualquier responsabilidad, gasto de cualquier tipo, daños, demandas, reclamos o pérdidas,

(i) surgidos directa o indirectamente de cualquier temor o amenaza (ya sea real o percibida) del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo
(ii) directa o indirectamente causados por, resultantes de o en conexión con cualquier acción tomada para controlar, prevenir, suprimir o de alguna manera relacionada a cualquier brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo
(iii) causados directa o indirectamente por la imposición de cuarentena o restricción en el movimiento de gente o animales, por cualquier ente o agencia nacional o internacional en relación con un brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo.

CLIENTE

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: IBAGUÉ COD. AGENCIA: 480 RAMO: 89 No POLIZA: 994000003423 ANEXOS: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: DANIA LEITON CAMACHO IDENTIFICACIÓN: CC 66.929.057

ASEGURADO: DANIA LEITON CAMACHO IDENTIFICACIÓN: CC 66.929.057

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO DE LA POLIZA

(iv) causados directa o indirectamente por un aviso o advertencia de viaje emitida por un ente o agencia nacional o internacional de cualquier tipo en relación con un brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o una variación mutante del mismo y respecto a (ii) y (iv) cualquier temor o amenaza del mismo (ya sea real o percibida).

Para los propósitos de esta exclusión Enfermedad Transmisible significa: Una enfermedad que se propaga de una persona a otra ya sea por transmisión directa o indirecta de una bacteria o virus entre el portador y la persona infectada, o a través de un vector, tal como comida contaminada por el portador y consumido por la persona infectada.

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE PÉRDIDAS Y DATOS CIBERNÉTICOS
1. No obstante, cualquier disposición contraria en esta póliza o cualquier suplemento a la misma, se excluye cualquier:
1.1 Pérdida cibernética.
1.2 Pérdida, daño, responsabilidad, reclamación, coste, gasto de cualquier naturaleza causado directa o indirectamente por, contribuido por, resultante de, que surja o está relacionado con cualquier pérdida de uso, reducción de la funcionalidad, reparación, reemplazo, restauración o reproducción de cualesquiera datos, incluyendo cualquier cantidad relacionada con el valor de dichos datos, independientemente de cualquier otra causa o evento que contribuya simultáneamente o en cualquier otra secuencia.
2. En el caso que cualquier parte de esta cláusula fuera considerada inválida o inaplicable, el resto permanecerá en pleno vigor y efecto.
3. Esta cláusula reemplaza y, si entra en conflicto con cualquier otra disposición de la póliza o cualquier suplemento que tenga relación con la pérdida cibernética o los datos, reemplaza esa disposición.

DEFINICIONES
A. PÉRDIDA CIBERNÉTICA:
Cualquier pérdida, daño, responsabilidad, reclamación, coste o gasto de cualquier naturaleza que directa o indirectamente sea causado o aportado por, resulte o surja de, o esté en conexión con un acto cibernético o un incidente cibernético incluyendo, pero sin limitarse a cualquier acción tomada con el fin de controlar, prevenir, suprimir o remediar cualquier acto cibernético o incidente cibernético.
B. ACTO CIBERNÉTICO:
Acto o serie de actos no autorizados, malintencionados o delictivos, sin consideración del tiempo y espacio, o la amenaza o engaño relacionados con el acceso, procesamiento, uso u operación de cualquier sistema informático.
C. INCIDENTE CIBERNÉTICO:
Todo error u omisión o serie de errores u omisiones relacionados con el acceso, procesamiento, uso u operación de cualquier sistema informático; o
Cualquier indisponibilidad o fallo parcial o total o serie de indisponibilidades o fallos parciales o totales para acceder, procesar, usar u operar cualquier sistema informático.
D. SISTEMA INFORMÁTICO:
Cualquier ordenador, hardware, software, sistema de comunicación, equipo electrónico (incluyendo pero sin limitarse a teléfonos inteligentes, laptops, tablets, dispositivos portátiles), servidor, nube o microcontrolador incluyendo cualquier sistema similar o configuración de lo antes mencionado e incluyendo asimismo toda entrada y salida, dispositivo de almacenamiento de datos, equipo de redes o instalaciones de copias de respaldo, de propiedad u operadas por el asegurado o cualquier otra parte.
E. DATOS:
Información, hechos, conceptos, código o cualquier otra información de cualquier naturaleza registrada y transmitida en cualquier forma para ser usada, accedida, procesada, transmitida o almacenada por un sistema informático.

EXCLUSIONES PARA GASTOS DE DEFENSA:
Sujeto a los demás términos y condiciones de esta póliza, queda acordado y convenido que esta cobertura no se extiende para amparar reclamaciones de Gastos de Defensa, derivadas de:

Si la responsabilidad que se pretenda demostrar proviene de dolo o está expresamente excluida de la póliza.
Si el asegurado afronta el proceso contra orden expresa del asegurador.

AMBITO TERRITORIAL:
Jurisdicción y Legislación Aplicable: colombiana.

GARANTIAS:
Para los efectos y con el alcance del Artículo 1061 del Código de Comercio Colombiano, queda expresamente declarado y convenido que este seguro se realiza en virtud del compromiso que adquiere el asegurado, que durante su vigencia cumplirá con las garantías estipuladas en el numeral 4, literal 4.2 GARANTIAS del clausulado general de la póliza.

El incumplimiento de este compromiso o garantía da lugar a las sanciones que establece el artículo mencionado.

CLIENTE

DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA
SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL VALLE

RESOLUCION No. 7 6 - 4 3 7 8

25 AGO 2010

Por la cual concede una autorización para el desempeño de una Profesión.

El Profesional Especializado de la Secretaria Departamental de Salud del Valle del Cauca, de acuerdo a lo dispuesto en el Decreto 1875 del 03 de Agosto de 1994, el Decreto 1352 del 12 de julio de 2000, la resolución 4313 del 23 de Octubre de 2003 y la resolución 4313 del 23 de octubre de 2003 y

CONSIDERANDO

Que Maria Nohemy Hurtado Ruiz identificada con Cédula de Ciudadanía No.66.933.000 expedida en Pradera-Valle, ha solicitado autorización para desempeñarse como Auxiliar en Enfermeria, según certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias que le otorgó Instituto Tecnico Educando a Colombia Cali-Valle, el 05 de junio de 2010.

En consideración éste Despacho,

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO — Autorizar a Maria Nohemy Hurtado Ruiz, para desempeñarse como Auxiliar en Enfermeria en todo el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO — Esta Resolución rige a partir de la fecha de su notificación.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

JOSE MARIA MATERON MUÑOZ
Profesional Especializado

Elaboro Maria Nohelia Mosquera

Libertad y orden
RÉPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento del Decreto 1072 de 2015
otorga
Certificado de Competencia Laboral a

DANIA LEITON CAMACHO

Con CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 66929057

Quien demostró su Competencia Laboral en la
Norma

Administrar inmunobiológicos según delegación y normativa de salud - NIVEL AVANZADO

Código: 230101257 - Versión: 2

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en CARTAGO. A los dieciocho (18) días del mes de Noviembre de dos mil veinte (2020)

Firmado Digitalmente por

861707 - 18/11/2020
No Y FECHA REGISTRO

GERARDO AUGUSTO CASTRO MUÑOZ SUBDIRECTOR CENTRO DE TECNOLOGÍAS AGROINDUSTRIALES REGIONAL VALLE

Vigencia:
hasta el 18 de Noviembre de 2023

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web https://certificados.sena.edu.co, bajo el número 95430023010125TCC66929057C.

Impulsado por CamScanner

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

DANIA LEITON CAMACHO

Con Cedula de Ciudadania No. 66929057

Cursó y aprobó la acción de Formación

MANEJO DE LA VACUNACION CONTRA EL COVID19 EN COLOMBIA

con una duración de 48 horas

En testimonio de lo anterior, se firmá el presente en Palmira, a los diez (10) dias del mes de mayo de dos mil veintiuno (2021)

Firmado Digitalmente por

JOHNNATAN ANDRES FIGUEROA HIDALGO
SUBDIRECTOR GRADO 2
CENTRO DE BIOTECNOLOGIA INDUSTRIAL
REGIONAL VALLE

74574381 - 10/05/2021
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 44002293356CC66929057C.

Impulsado por CamScanner

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

DANIA LEITON CAMACHO

Con Cédula de Ciudadanía No. 66929057

Cursó y aprobó la acción de Formación

PRIMEROS AUXILIOS

con una duración de 48 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Floridablanca, a los veintisiete (27) días del mes de marzo de dos mil veintitres (2023)

Firmado Digitalmente por

JAIRO ORLANDO RAMIREZ MONTERO
Subdirector (E)
CENTRO INDUSTRIAL DEL DISEÑO Y LA MANUFACTURA
REGIONAL SANTANDER

89095128 - 27/03/2023
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web https://certificados.sena.edu.co, bajo el número 92250021073300C66929057G.

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO GAR S. A. S.

Resolución de aprobación No. 0193
Del 18 de ENERO de 2019

CERTIFICA

QUE

DANIA LEITON CAMACHO

D. I. 66. 929. 057

REALIZO EL CURSO

ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL EN COLOMBIA

Con Una Duración De 40 Horas (Teórico - Práctico)
Dado en Palmira a los 14 días del mes de MARZO de 2023

E.D.U.H.G.A.R.
RESOLUCION No. 0193
18 de enero de 2019

DIANA YANETH FLOREZ RODRIGUEZ
Directora General

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO GAR S. A. S.

Resolución de aprobación No. 0193
Del 18 de ENERO de 2019

CERTIFICA

QUE

DANIA LEITON CAMACHO

C.C. 66.929.057

REALIZO EL CURSO

CITOLOGIA

TOMA DE MUESTRA CERVICO UTERINA

Con Una Duración De 40 Horas (Teórico - Práctico)
Dado en Palmira a los 28 días del mes de MARZO de 2023

E.D.U.H.G.A.R.

DIANA YANETH FLOREZ RODRIGUEZ,
Directora General

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO GAR S.A.S.

Resolución de aprobación No. 0193
Del 18 de ENERO de 2019

CARRERAS TECNICAS
E.D.U.H.G.A.R.

CERTIFICA

QUE

DANIA LEITON CAMACHO

D.I. 66.929.057

REALIZO EL CURSO

TOMA DE MUESTRAS PARA PROCESAMIENTO EN EL LABORATORIO CLINICO

Con Una Duración De 40 Horas (Teórico - Práctico)
Dado en Palmira a los 26 días del mes de septiembre 2023

E.D.U.H.G.A.R.
RESOLUCIÓN No. 0193
18 de enero de 2019

DIANA YANETH FLOREZ RODRIGUEZ.
Directora General

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

DANIA LEITON CAMACHO

Con Cédula de Ciudadanía No. 66929057

Cursó y aprobó la acción de Formación

REENTRENAMIENTO EN SOPORTE VITAL BASICO TALENTO HUMANO EN SALUD.

con una duración de 20 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Palmira, a los diecisiete (17) días del mes de octubre de dos mil veintitres (2023)

Firmado Digitalmente por



ROCIO YAMILETH AUX LUNA
Subdirectora (E)
CENTRO DE BIOTECNOLOGIA INDUSTRIAL
REGIONAL VALLE

94317958 - 17/10/2023
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web https://certificados.sena.edu.co, bajo el número 954100283987TCC66929057C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

DANIA LEITON CAMACHO

Con Cédula de Ciudadanía No. 66929057

Cursó y aprobó la acción de Formación

SEGURIDAD DEL PACIENTE

con una duración de 48 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Palmira, a los veintiun (21) días del mes de noviembre de dos mil veintidos (2022)

Firmado Digitalmente por

JOHNNATAN ANDRES FIGUEROA HIDALGO
SUBDIRECTOR GRADO 2
CENTRO DE BIOTECNOLOGIA INDUSTRIAL
REGIONAL VALLE

87446501 - 21/11/2022
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9544002450950CC66929057C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

DANIA LEITON CAMACHO

Con Cédula de Ciudadanía No. 66929057

Cursó y aprobó la acción de Formación

TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DE PACIENTES

con una duración de 48 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Palmira, a los diecisiete (17) días del mes de enero de dos mil veintitres (2023)

Firmado Digitalmente por



JOHNNATAN ANDRES FIGUEROA HIDALGO
SUBDIRECTOR GRADO 2
CENTRO DE BIOTECNOLOGIA INDUSTRIAL
REGIONAL VALLE

88010223 - 17/01/2023
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web https://certificados.sena.edu.co, bajo el número 95440024541B3CC66929057C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

DANIA LEITON CAMACHO

Con Cédula de Ciudadanía No. 66929057

Cursó y aprobó la acción de Formación

REENTRENAMIENTO EN SOPORTE VITAL BASICO TALENTO HUMANO EN SALUD.

con una duración de 20 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Palmira, a los diecisiete (17) días del mes de octubre de dos mil veintitres (2023)

Firmado Digitalmente por

ROCIO YAMILETH AUX LUNA
Subdirectora (E)
CENTRO DE BIOTECNOLOGIA INDUSTRIAL
REGIONAL VALLE

94317958 - 17/10/2023
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web https://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9514002839877CC66929057C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

DANIA LEITON CAMACHO

Con Cédula de Ciudadanía No. 66929057

Cursó y aprobó la acción de Formación

ESTRATEGIAS DE PREVENCION DEL EMBARAZO NO DESEADO EN ADOLESCENTES EN ENTORNO FAMILIAR

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Palmira, a los doce (12) días del mes de diciembre de dos mil veintitres (2023)

Firmado Digitalmente por

ROCIO YAMILETH AUX LUNA
Subdirectora (E)
CENTRO DE BIOTECNOLOGÍA INDUSTRIAL
REGIONAL VALLE

94691689 - 12/12/2023
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web https://certificados.sena.edu.co, bajo el número 95440028505333CC66929057C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

DANIA LEITON CAMACHO

Con Cédula de Ciudadanía No. 66929057

Cursó y aprobó la acción de Formación

LIMPIEZA, DESINFECCION Y ESTERILIZACIÓN DE ARTICULOS Y EQUIPOS HOSPITALARIOS

con una duración de 48 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Floridablanca, a los tres (3) días del mes de mayo de dos mil veinticuatro (2024)

Firmado Digitalmente por

JAIRO ORLANDO RAMIREZ MONTERO
Subdirector (E)
CENTRO INDUSTRIAL DEL DISEÑO Y LA MANUFACTURA
REGIONAL SANTANDER

97349156 - 03/05/2024
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9225002355188CC66929057C.

HOSPITAL
Raúl Orejuela Bueno
Empresa Social del Estado

PALMIRA
con inversión social
construimos paz

ALCALDÍA DEL MUNICIPIO DE PALMIRA,
Secretaria de Salud y Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E.

CERTIFICAN QUE:

DANIA LEITON CAMACHO

C.C. No. 66929057

Realizó y aprobó el curso en Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia **(AIEPI CLÍNICO - IAMI)**, realizada en el Hospital Raúl Orejuela Bueno del Municipio de Palmira, durante los días **02 Septiembre a 07 de Octubre de 2017** con una intensidad horaria total de **90 (Noventa) horas.**

Secretario de Salud
de Palmira

GERENTE
Hospital Raúl Orejuela Bueno

Escaneado con CamScanner

Hospital San Roque

AIEPI COMUNITARIO

CERTIFICA QUE:

DANIA LEITON CAMACHO

C.C. 66.929.057 de Pradera

Asistió a la capacitación de AIEPI componente comunitario con una intensidad horaria de 42 horas en el Hospital San Roque del Municipio Pradera Valle – Colombia.

JESUS DAVID RAMIREZ NUÑEZ
DIRECTOR LOCAL DE SALUD

AMANDA LONDOÑO CARVAJAL
GERENTE HOSPITAL
SAN ROQUE

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

DANIA LEITON CAMACHO

Con Cédula de Ciudadania No. 66929057

Cursó y aprobó la acción de Formación

COMUNICACION ASERTIVA Y EFECTIVA EN EQUIPOS DE TRABAJO

con una duración de 48 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Cali, al primer(1) dia del mes de abril de dos mil veintidos (2022)

Firmado Digitalmente por

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

81716465 - 01/04/2022
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 93110021824107CC66929057C.

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

dania leiton camacho

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

Diagnóstico y manejo clínico del dengue

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 80,00 %

26 de junio de 2024

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

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

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=667c2c52-caac-48a8-a9c4-83d6ac1f5198

Valle Invencible

GOBERNACIÓN VALLE DEL CAUCA
Secretaría de Salud

La Secretaría Departamental de Salud

otorga el presente

RECONOCIMIENTO a:

Dania Leiton

CC. 66929057

Por la labor valiosa y comprometida en las actividades inherentes al área de vacunación.

Para constancia se firma el 14 de Diciembre de 2022

MARÍA CRISTINA LESMES DUQUE
Secretaria Departamental de Salud

Powered by CamScanner

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

DANIA LEYTON CAMACHO

Con Cedula de Ciudadania No. 66929057

Cursó y aprobó la acción de Formación

APLICACION DE HERRAMIENTAS OFIMATICAS CON MICROSOFT EXCEL EN EL ENTORNO LABORAL

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Palmira, a los nueve (9) días del mes de diciembre de dos mil diecinueve (2019)

Firmado Digitalmente por



JOHNNATAN ANDRES FIGUEROA HIDALGO
SUBDIRECTOR GRADO 2
CENTRO DE BIOTECNOLOGIA INDUSTRIAL
REGIONAL VALLE

64799155 - 09/12/2019
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web https://certificados.sena.edu.co, bajo el número 95440023276 67CC66929057C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

DANIA LEITON CAMACHO

Con Cédula de Ciudadanía No: 66929057

Cursó y aprobó la acción de Formación

ESTRATEGIAS DE PREVENCION DEL EMBARAZO NO DESEADO EN ADOLESCENTES EN ENTORNO FAMILIAR

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Palmira, a los doce (12) días del mes de diciembre de dos mil veintitres (2023)

Firmado Digitalmente por

ROCIO YAMILETH AUX LUNA
Subdirectora (E)
CENTRO DE BIOTECNOLOGIA INDUSTRIAL
REGIONAL VALLE

94681689 - 12/12/2023
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 95140028605330C66929057C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

DANIA LEITON CAMACHO

Con Cédula de Ciudadanía No. 66929057

Cursó y aprobó la acción de Formación

LIMPIEZA, DESINFECCION Y ESTERILIZACION DE ARTICULOS Y EQUIPOS HOSPITALARIOS

con una duración de 48 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Floridablanca, a los tres (3) días del mes de mayo de dos mil veinticuatro (2024)

Firmado Digitalmente por

JAIRO ORLANDO RAMIREZ MONTERO
Subdirector (E)
CENTRO INDUSTRIAL DEL DISEÑO Y LA MANUFACTURA
REGIONAL SANTANDER

97349158 - 03/05/2024
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9225002155188CC66929057C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

DANIA LEITON CAMACHO

Con Cedula de Ciudadania No. 66929057

Cursó y aprobó la acción de Formación

SOPORTE VITAL BASICO

con una duración de 20 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Pradera, a los dieciocho (18) días del mes de enero de dos mil veintiuno (2021)

Firmado Digitalmente por



JOHNNATAN ANDRES FIGUEROA HIDALGO
SUBDIRECTOR GRADO 2
CENTRO DE BIOTECNOLOGIA INDUSTRIAL
REGIONAL VALLE

71185957 - 18/01/2021
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web https://certificados.sena.edu.co, bajo el número 954400218487SCC66929057C.

CERTIFICADO

La E.S.E Hospital San Roque de Pradera Valle
otorga a:

DANIA LEITON CAMACHO

CC66929057

Por haber asistido al curso de
HUMANIZACION EN LOS SERVICIOS DE SALUD
El día 09 de agosto del 2024
Este certificado tiene vigencia de dos (2) años a partir de su expedición

ADRIANA MARCELA GUTIERREZ
GERENTE

Hospital San Roque
Empresa Social del Estado
Pradera-Valle

GINA PAZ LUCUMI
Tutora

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

DANIA LEITON CAMACHO

ha participado y aprobado el

Curso virtual para gerentes del Programa Ampliado de Inmunización - Gerencia del PAI

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 7 - Porcentaje de aprobación: 86,67 %

11 de diciembre de 2025

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las Américas

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=6db3fe69-161d-4fc8-84fb-70addc50de21

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

DANIA LEITON CAMACHO

ha participado y aprobado el:

Curso virtual para gerentes del Programa Ampliado de Inmunización - Vigilancia y sistemas de información

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 7 - Porcentaje de aprobación: 96,67 %

11 de diciembre de 2025

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las Américas

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=de59e080-5a10-4c66-beb6-502f72aae391

689228c6-39d8-49ce-8c31-48f7ac1f00cc

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

DANIA LEITON CAMACHO

ha participado y aprobado el

Curso virtual: Registro nominal de vacunación electrónico: Consideraciones prácticas para su planificación, desarrollo, implementación y evaluación

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 14 - Porcentaje de aprobación: 100,00 %

5 de agosto de 2025

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las Américas

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=689228c6-39d8-49ce-8c31-48f7ac1f00cc

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

DANIA LEITON CAMACHO

ha participado en el:

Curso Virtual Sistema de Información Nominal PAIWEB

Ofrecido a través del Nodo Colombia del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 60

26 de octubre de 2026

Dra. Ana Rivière Cinnamond
Representante OPS/OMS en
Colombia

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

Salud

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=f9b2f820-9c50-4c70-b690-6f400c0f8e79