HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E. Puerto Carreño - Vichada	**E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS** **PROCESO GESTIÓN TALENTO HUMANO** **REQUISITOS Y ORDEN DE ENTREGA HOJAS DE VIDA** **PERSONAL ADMINISTRATIVO Y ASISTENCIAL**	Versión: 7 Código: GTH-FT- 39 Fechas: 19/06/2026

Unidad Administrativa	Oficina Jurídica		
Serie Documental	Contratos		
Subserie	Contratos de Prestación de Servicios y Apoyo a la Gestión	**Área:**	
Nombre de la Carpeta	MONICA DAYANA RICO CABRERA	**Fecha**	

No.	DETALLE	APLICA		Fecha de Verificacion de Documento / Codigo de Verificacion	No. Folios
		SI	NO		
1	Necesidad.				
2	Solicitud y Certificación de Inclusión al PAA.				
3	Solicitud y Certificación de Talento Humano de Inexistencia del Cargo.				
4	Solicitud y Certificación de Disponibilidad Presupuestal.				
5	Estudios Previos.				
6	Invitación a Presentar Propuesta				
7	Propuesta para Contrato de Prestación de Servicios.	X			3
8	Formato Hoja de Vida (Función Pública - SIGEP II) - Actualizado (Último Trabajo).	X			6
9	Declaración de Bienes y Rentas, Declaracion de conflicto de intereses, Persona expuesta politicamente. (Función pública). Ley 2013 de 2019	X			5
10	Certificación Bajo Gravedad de Juramento.	X			1
11	Fotocopia del Documento de Identidad.	X			1
12	Tarjeta Profesional y Certificado de Antecedentes.		X		
13	RETHUS (Personal Asistencial).	X			3
14	Certificado de la Situación Militar (Hombres).		X		
15	Licencia de Conducción Vigente (Conductores Ambulancia).		X		
16	Titulo Profesional Y/O Acta de Grado (Resolución de Convalidación - Extranjeros).		X		
17	Titilo y/o Acta de Grado. (Bachillerato - Carrera Técnica - Pofesional .- Post-Grado).	X			5
18	Soporte Estudios Diferentes del Numeral 16 y 17.		X		
19	Certificación de Otros Cursos Realizados.		X		
20	Certificado cursos - MIPG -(Modulo Fundamentos Generales MIPG; los 8 modulos del MIPG; Modulo Auditoria MIPG); Integridad - Transparencia y lucha contra la corrupción (Función Pública).	X			4
21	Certificado Laboral (Experiencia).	X			16
22	Rut (Vigente).	X			1
23	Póliza de Responsabilidad Civil Médica y/o Documento Equivalente (Área Asistencial).	X			3
24	Cetificado de Inhabilidad por Delitos Sexuales - (Vigente).	X			1
25	Certificado de Antecedentes Contraloria (Fiscales) - (Vigente).	X			1
26	Certificado de Antecedentes Procuraduría (Disciplinarios) - (Vigente).	X			1
27	Certificado de Antecedentes Policia (Penales) - (Vigente).	X			1
28	Certificado de Antecedentes Medidas Correctivas (Multas) - (Vigente).	X			1
29	Certificado del Registro Especial de Deudores Alimentarios Morosos (REDAM) Decreto 1310 de 2022 - (Vigente).	X			1
30	Certificado de Afiliación en Salud - (Vigente).	X			1
31	Certificado de Afiliación en Pensión - (Vigente).	X			1
32	Certificado Médico de Salud Ocupacional - (Vigente).	X			1
33	Certificado de Cuenta Bancaria - (Vigente).	X			1
34	Certificado de confidencialidad de la información (Acceso al software institucional)	X			1
35	Autorización de tratamiento de datos personales	X			1
36	Certificado de Idoneidad.				
37	Contrato - Condiciones Anexas.				
38	Certificado de Afiliación ARL - (Vigente).				
39	Soporte de inicio en la plataforma Secop II				
40	Acta de Modificación (Adición - Prórroga - Aclaración -. Suspención - Reinicio - Terminación anticipada - Otro Si).				
41	Cuenta de Cobro (Certificado unico de pago, Informe Contratista, Soporte Pago PILA, Comprobante de Egreso, Comprobante de Pago).				

HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E Puerto Carreño - Vichada	**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS - VICHADA** **PROCESO GESTIÓN TALENTO HUMANO** CURSOS COMPLEMENTARIOS ÁREA ASISTENCIAL **AUXILIAR ENFERMERIA**	**Versión:** 5 **Código:** GTH-FT-64 **Fechas:** 27/08/2025

Nombre del Postulante:	MONICA DAYANA RICO CABRERA			**Contacto:**	3133535494
Identificación:	**Tipo Documento:**	CC	**N°. Documento:**	1.234.791.116	
Profesión / Oficio:	AUXILIAR DE ENFERMERIA			**Municipio:**	Pto. Carreño
Correo Eléctronico	monicarico117@gmail.com			**Fecha**	
Cargo Al Que Se Postula:	AUXILIAR DE ENFERMERIA			**Área:**	Asistencial

No.	DETALLE	QUIEN REGULA	VERI.
1	CURSO MISIÓN MEDICA	Res. 4481 de 2012/ Res. 332 de 2022 Secretarria de Salud V.	SI
2	CERTIFICADO DE ATENCIÓN INTEGRADA A ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA (AIEPI)	Resolucion 3280 de 2018	SI
3	SOPORTE VITAL BÁSICO VIGENCIA DOS (2) AÑOS	Resolucion3100 de 2019	SI
4	CERTIFICADO EN ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	Resolucion3100 de 2019	SI
5	CURSO EN TOMA DE MUESTRAS EN LABORATORIO	Decreto 3100 de2019	SI
6	CERTIFICADO EN ATENCIÓN DEL PACIENTE DE CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO(personal de pediatria)	Decreto 3100 de2019	NA
8	CURSO SEGURIDAD DEL PACIENTE	Politica seguridad del paciente Institucional	SI
9	CURSO DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA	Decreto 3100 de2019	SI
10	CURSO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE LAS ÁREAS HOSPITALARIAS	Decreto 3100 de2019	SI
11	GESTION DEL DUELO	Resolucion3100 de 2019	SI
12	CURSO DE HUMANIZACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD	Politica Humanizacion Institucional	SI
13	CERTIFICADO DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI) (PERSONAL DE VACUNACIÓN)	Decreto 3100 de2019	NA
14	DIPLOMADO EN CUIDADOS INTENSIVOS Y MANEJO INTEGRAL Y PACIENTES (ADULTOS, PEDIÁTRICO Y NEONATAL)-AREA UCI	Decreto 3100 de2019	NA
15	ATENCIÓN A PERSONAS VÍCTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS	Decreto 3100 de2019	SI
16	DIAGNOSTICO Y MANEJO CLINICO DEL DENGUE-OPS	Minsiterio de Salud	SI

VACUNAS			
1	COVID 19		SI
2	FIEBRE AMARILLA		SI
3	TOXOIDE TETANICO		SI
4	HEPATITIS B		SI
5	INFLUENZA		SI



Firma Postulante

Coord. Ad/tvo Mpios.

Jefe Talento Humano

Puerto Carreño, Vichada 06 de noviembre de 2026

Doctor:
ALVARO ALBERTO CARDOSO CASTRO
Gerente
Hospital Departamental San Juan De Dios E.S.E
Puerto Carreño

Asunto:	Propuesta Prestación de servicios.

Cordial saludo,

Por medio de la presente de manera atenta y respetuosa me dirijo a usted con el fin de presentar mi propuesta como **"PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES EXTRAMURALES DEL SERVICIO INTEGRADO DE ATENCION Y PREVENCION DE LA DESNUTRICION, DEL MUNICIPIO DE PUERTO CARREÑO; CONVENIO INTERADMINISTRATIVO N° 99002342026 VIGENCIA 2026, CELEBRADO ENTRE EL ICBF Y EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E.",** para seguimiento, reporte de información y verificación de ejecución de funciones y el desarrollo de Los lineamientos acuerdo al convenio antes mencionado:

A continuación, relaciono el perfil, actividades a contratar:

1. Responsable de realizar acciones, seguimientos, herramientas, estrategias, diligenciamiento de formatos que se designen y se estipulen en la guía operativa y manual técnico del servicio integrado de atención y prevención de la desnutrición.
2. Identificación de los signos que presenten los usuarios, frente al desarrollo de enfermedades, peligro de muerte, desnutrición en niñas o niños y bajo peso en mujeres gestantes y madres en periodo de lactancia, al ingreso a la modalidad y durante el seguimiento mensual y con mayor frecuencia en los casos que lo requieran.
3. Apoyo la identificación y búsqueda activa de potenciales usuarios para la vinculación al servicio integrado de atención y prevención a la desnutrición.
4. Realizar seguimiento al estado nutricional y de salud de las niñas, niños y mujeres gestantes usuarios del servicio integrado de atención y prevención de la desnutrición.
5. Realizar y registrar el seguimiento de la temperatura corporal, antropometría y de los avances de los objetivos determinados por el equipo interdisciplinario con base en la guía y lineamiento técnico del servicio integrado de atención y prevención a la desnutrición.
6. Identificar durante la visita al hogar en conjunto con el profesional en nutrición, si el usuario presenta signos generales de peligro o alerta que requieran traslado a atención por urgencias, teniendo en cuenta la resolución 2350 del 2020.
7. Promover con las familias usuarias y la comunidad en general, el servicio integrado de atención y prevención, realizar acciones de promoción y prevención de la desnutrición de enfermedades prevalentes en la infancia (AIEPI), así como los contenidos educativos de los programas de crecimiento y desarrollo, salud de la mujer (control prenatal, planificación familiar), lactancia materna, enfermedades tropicales y de interés en salud pública
8. Participar en la revisión de los estudios de caso de los niños identificados durante su permanencia en el servicio.
9. Informar al usuario y su familia los avances de los objetivos de atención, el tratamiento a seguir y su evolución en la visita.
10. Apoyar al profesional social con información que permita conocer sobre la cultura, tradiciones, rituales de la comunidad en donde se va a atender a niñas y niños con riesgo de desnutrición y desnutrición aguda

moderada o severa y mujeres gestantes con bajo peso para la edad gestacional, especialmente, las relacionadas con alimentación y nutrición, maternidad, lactancia y alimentación complementaria.

11. Gestionar y acompañar a las familias usuarias, en la obtención de documentos pendientes (afiliación al SGSSS, carné de vacunas, carné de control prenatal, etc.), citas y remisiones requeridas con el sector salud.
12. Realizar orientaciones a las familias en temas como prevención y promoción en salud, signos de alarma, entre otros, de acuerdo con la necesidad identificada durante la visita y consignar estas orientaciones en la historia de atención.
13. Realizar seguimiento mensual o según se requiera en el hogar orientado a promover las prácticas del cuidado de la salud, de alimentación saludable y entornos protectores en el hogar y la comunidad; así como apoyar ejercicios de corresponsabilidad con la familia y la comunidad.
14. Diseñar con el equipo las experiencias pedagógicas y las herramientas de apoyó para los escenarios de encuentros comunitarios y encuentros en el hogar.
15. Realizar fortalecimiento de saberes individuales, familiares y comunitario de los usuarios en pro al derecho humano a la alimentación adecuada y la salud.
16. Apoyar el plan de acompañamiento individual y familiar, con los integrantes del equipo interdisciplinario.
17. Participar en las mesas, reuniones y talleres cuando sea requerido.
18. Reporte de los informes que se requiera y sean requeridos por el supervisor.
19. Reporte y soportes de la cuenta de cobro al supervisor.
20. Entrega oportuna y según especificaciones dadas por la supervisión de los formatos, documentos y evidencias de acuerdo con sus funciones y/o perfil.
21. Apoyo en las entregas de RFPP programados y estipulados por el supervisor del contrato.
22. Dar cumplimiento oportuno y cabal a todas las obligaciones contractuales, así como a los requerimientos y solicitudes formuladas por la coordinación del servicio en el marco de la ejecución del contrato
23. otras que designe el supervisor.

PROHIBICIONES DEL CONTRATISTA

El contratista se obliga a no desarrollar ninguna de las conductas descritas, o en su defecto, en caso de presenciarlas, tendrá la obligación de informar de manera inmediata a la supervisión:

1. Se prohíbe el consumo de bebidas alcohólicas, sustancias psicoactivas, consumo de tabaco, durante las salidas a zona rural (incluye durante el traslado de punto a punto), además en los espacios de cumplimiento de obligaciones en zona urbana.
2. Se prohíbe el transporte de cualquier tipo de sustancia psicoactiva, alcohólica, o armas y demás elementos que puedan configurarse como un peligro para la integridad física o la vida, tanto del personal como de los sujetos de atención.
3. Realizar comentarios o afirmaciones de talante racista, xenófobos y en general que vayan en contra de la raza, condición o buen nombre de las personas, tanto hacia los integrantes de la E.S.E. San Juan de Dios como de los beneficiarios del programa y en general toda persona con quien tenga contacto.
4. Se prohíbe faltar al respeto de cualquier forma tanto a los integrantes de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios, como a los beneficiarios del proyecto, esto incluye el trato verbal como cualquier agresión física o psicológica; cabe resaltar además que el personal debe ser consiente y respetuosa de las costumbres propias de la población indígena a ser atendida.

En el evento de comprobarse la comisión de alguna de las conductas, el contratista se hará acreedor a la imposición de las multas pecuniarias contempladas en el contrato o en su defecto y atendiendo la gravedad de lo sucedido la entidad podrá proceder con la declaratoria de caducidad y/o terminación del contrato.

Estas prohibiciones se establecen en atención a las especiales particularidades que comprende la ejecución del presente contrato, en especial frente al respeto por la cosmovisión y costumbres de los pueblos indígenas, que guardan especial protección por parte de la Constitución Política, por lo tanto, la entidad contratante no se hará responsable por las consecuencias que se presenten en contra de la persona que no cumpla a cabalidad con las reglas y costumbres que se exijan al interior de las diferentes comunidades indígenas.

RECOMENDACIONES PREVIAS AL FUTURO CONTRATO – (PERSONAL FEMENINO) PARA INCLUIR EN LAS CLAUSULAS DEL CONTRATO.

En atención a que las actividades a realizar con ocasión al futuro contrato de prestación de servicios, se realizaran principalmente en zona rural dispersa del Departamento de Vichada, en periodos no inferiores a 20 días calendario seguidos por cada salida, es menester conocer para esta entidad si a la fecha se encuentra en estado de embarazo, a su vez conocer el tiempo de gestación, y si ha sido diagnosticado como embarazo de alto riesgo, lo anterior, con el fin de conocer las condiciones particulares de la futura contratista, habida cuenta que estos traslados prolongados pueden poner en riesgo la vida no solo de la madre, sino también del menor por nacer, dado que las condiciones climáticas, el mal estado de las vías, la situación de orden público en estos lugares, y el prolongado tiempo de traslado hasta la zona urbana, presuponen un riesgo que debe ser tenido en cuenta por las partes previa suscripción del contrato.

Que manifiesto bajo gravedad de juramento que no me encuentro dentro de las causales de inhabilidad e incompatibilidad del orden constitucional o legal, para celebrar contratos de prestación de servicios con la administración publica para todos los efectos legales, certifico que los datos por mi anotados en la presente propuesta de presentación de servicio son veraces. (articulo 5ª de la ley 190/95). Que he declarado únicamente de verdad en información suministrada y en consecuencia no existe ninguna falsedad en la misma, siendo consiente de las consecuencias jurídicas y de cualquier índole que pueden derivarse de cualquier falsedad que se evidencia en la información o declaraciones contenidas en la presente propuesta cordialmente

Cordialmente:



MONICA DAYANA RICO CABRERA
CC: 1.234791119
Correo: monicarico117@gmail.com
Celular:3133535494

FORMATO ÚNICO

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
RICO	CABRERA	MONICA DAYANA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1234791116	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 25 MES 02 AÑO 1999	CALLE 21N *16 71 CASA ALCARABAN			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	VICHADA
DEPTO	META	MUNICIPIO	PUERTO CARREÑO		
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO	TELÉFONO	3133535494	EMAIL	monicarico117@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2016
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	3	X		ENFERMERIA	05	2018	

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 ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

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

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

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 JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA				
DEPARTAMENTO VICHADA		*MUNICIPIO* PUERTO CARREÑO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
TELÉFONOS		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*				
	Día	01	*Mes*	09	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	12	*Año* 2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1347 AUXILIAR DE ENFERMERIA		*DEPENDENCIA* AUXILIAR DE ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* CALLE 18#10-43B.LA PRIMAVERA				

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA				
DEPARTAMENTO VICHADA		*MUNICIPIO* PUERTO CARREÑO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
TELÉFONOS		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*				
	Día	11	*Mes*	01	*Año*	2024	*Día*	29	*Mes*	02	*Año* 2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUX ENFERMERA		*DEPENDENCIA* "HOSPITALIZACION"					*DIRECCIÓN* CALLE 18* 43*10B. LA PRIMAVERA				

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO VICHADA	*MUNICIPIO* PUERTO CARREÑO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3204816167	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	05	*Mes*	01	*Año*	2023	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL AIXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA DE HOSPITALIZACION ADULTO					*DIRECCIÓN* CALLE 18 #18-43B LA PRIMAVERA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO VICHADA	*MUNICIPIO* PUERTO CARREÑO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	09	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA SALUD	*DEPENDENCIA* APOYO EN AUXILIAR DE ENFERMERI					*DIRECCIÓN* CALLE 18* 10-43B. LA PROMAVERA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO VICHADA	*MUNICIPIO* PUERTO CARREÑO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	12	*Año*	2021	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CONSULTA EXTERNA					*DIRECCIÓN* CALLE18*10-43 BARRIO LA PRIMAVERA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO VICHADA	*MUNICIPIO* PUERTO CARREÑO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 5654009	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2021	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CONSULTA EXTERNA					*DIRECCIÓN* CALLE 18 10 43 B. la primavera						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO VICHADA	*MUNICIPIO* PUERTO CARREÑO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	08	*Año*	2021	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CONSULTA EXTERNA					*DIRECCIÓN* CALLE 18 10 43 B LA PRIMAVERA						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO VICHADA	*MUNICIPIO* PUERTO CARREÑO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 5654009	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	2021	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CONSULTA EXTERNA					*DIRECCIÓN* CALLE 18 *10 43 B BARRIO LA PRIMAVERA						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO VICHADA	*MUNICIPIO* PUERTO CARREÑO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2021	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CONSULTA EXTERNA					*DIRECCIÓN* CALLE #18.10-43 BARRIO LA PRIMAVERA						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO VICHADA	*MUNICIPIO* PUERTO CARREÑO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 5654009	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2020	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CONSULTA EXTERNA					*DIRECCIÓN* CALLE 18N 10 43 B barrio la primavera						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO VICHADA	*MUNICIPIO* PUERTO CARREÑO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 5654009	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	08	*Año*	2020	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CONSULTA EXTERNA					*DIRECCIÓN* CALLE 18N ,10 43 BARRIO LA PRIMAVERA						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO VICHADA	*MUNICIPIO* PUERTO CARREÑO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 5654009	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	05	*Año*	2020	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD					*DIRECCIÓN* 10-43 BARRIO LA PRIMAVERA						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO VICHADA	*MUNICIPIO* PUERTO CARREÑO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 5654009	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	02	*Año* 2020	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CONSULTA EXTERNA					*DIRECCIÓN* CALLE 18 10 43					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO VICHADA	*MUNICIPIO* PUERTO CARREÑO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 0385654009	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	03	*Año* 2019	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD PIC MUNICIPAL					*DIRECCIÓN* barrio la primavera calle 18 # 10-43					

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*					

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	1	8
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	2	7
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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,

Ciudad y fecha de diligenciamiento _____

DAYANA RICO C.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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	2026-06-25 17:02

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
MONICA	DAYANA	RICO	CABRERA

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1234791116

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	VILLAVICENCIO

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	VICHADA	Municipio	PUERTO CARREÑO

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 JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	VICHADA	Municipio	PUERTO CARREÑO

Dirección	["avenida orinoco Nº 10-43"]

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	$47.112.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$47.112.000,00

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	$19.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

Ciudad y Fecha: Cumaribo Vichada, 06 de noviembre de 2026

Empresa, Hospital Departamental San Juan de Dios E.S.E

Ref.: Certificación Decreto 1070 de 2013, Clasificación de Personas Naturales

CERTIFICACIÓN BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

Yo MONICA DAYABA RICO CABRERA identificada con cedula de ciudadanía No. 1234791116 expedida en Villavicencio (Meta), para efectos de dar cumplimiento con el artículo 1 del decreto 1070 del 28 de mayo de 2013, certifico bajo la gravedad de juramento, lo siguiente:

1. Mis ingresos en el año gravable inmediatamente anterior provienen de la prestación de servicios de manera personal o del desarrollo de una actividad económica por cuenta y riesgo del empleador o contratante, **mediante una vinculación laboral o legal y reglamentaria**, en una proporción igual o superior a un ochenta por ciento (80%) del total de los ingresos percibidos por dicho periodo fiscal: **SI ( ) NO (x)**

2. Mis ingresos en el año inmediatamente anterior provienen de la prestación de servicios personales mediante el ejercicio de profesiones liberales o de la prestación de servicios técnicos que no requieran la utilización de materiales o insumos especializados, o de maquinaria o equipo especializado, en una proporción igual o superior a un ochenta por ciento (80%) del total de los ingresos percibidos en dicho periodo fiscal: **SI ( ) NO (x)**

3. Estoy obligado (a) a presentar declaración de renta por el año gravable inmediatamente anterior: **SI ( ) NO (x)**

4. Los ingresos totales ene l año gravable inmediatamente anterior superaron los cuatro mil setenta y tres (4.073) UVT. **SI ( ) NO (x)**

5. En el año gravable inmediatamente anterior no desarrolle una se las actividades señaladas en el artículo 340 del Estatuto Tributario o que si la desarrolle no generó más del veinte por ciento (20%) de mis ingresos totales. **SI ( ) NO (x)**

6. Durante el año gravable inmediatamente anterior no preste servicios técnicos que requieran de materiales o insumos especializados, o maquinaria o equipo especializado, cuyo costo representa más del veinticinco por ciento (25%) del total de los ingresos percibidos por concepto de tales servicios técnicos. **SI ( ) NO (x)**

Cordialmente,



MONICA DAYANA RICO CABRERA
C.C. 1127384166

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.234.791.116**

RICO CABRERA

APELLIDOS

MONICA DAYANA

NOMBRES



DAYANA RICO C.

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-FEB-1999**

VILLAVICENCIO
(META)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65	B+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

09-MAR-2017 VILLAVICENCIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-5200150-00896023-F-1234791116-20170410 0054896828A 1 46676251

Powered by CamScanner

SISPRO - Aplicativos Misionales

Menú

Iniciar Sesión Registrarse

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

1234791116

Primer Nombre

MONICA

Primer Apellido

RICO

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

4978

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2026-10-30→3:28:42 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:
CC	1234791116	MONICA	DAYANA	RICO	CABRERA	Vigente

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) MONICA DAYANA RICO CABRERA identificado(a) con CC 1234791116 registra La siguiente información:

2026-10-30→3:28:42 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	AUXILIAR EN ENFERMERIA	2019-01-24	21998	GOBERNACION DEL META

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

SISPRO

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

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

Contacto

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

Términos y condiciones

INSTITUCIÓN EDUCATIVA
CHAMPAGNAT PINARES DE ORIENTE

Autorizada por la Secretaría de Educación de Villavicencio, Meta;
según Resolución No. 0252 del 03 de marzo de 2011
Inscripción DANE No. 150001007507 - ICFES 182204

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

En la ciudad de Villavicencio - Meta, a los 3 días del mes de diciembre de 2016 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaría Académica en la Rectoría de la INSTITUCION EDUCATIVA CHAMPAGNAT PINARES DE ORIENTE, con reconocimiento oficial en el nivel de Educación Media Vocacional y emanada por la Secretaría de Educación de Villavicencio, Meta; para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad Académica según Resolución No. 0252 del 03 de marzo de 2011.

Comprobada la situación legal y académica del alumno que cursó y aprobó los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el Título de

BACHILLER ACADÉMICO

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

Mónica Dayana Rico Cabrera
T.I. No. 99022510319 de Villavicencio-Meta

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 004 del 3 de diciembre de 2016 en lo pertinente. En fe de lo anterior se firma la presente acta individual de grado por quienes intervinieron en lo ordenado en el Artículo 7o. del Decreto 180 de 1981.

Firmada y sellada por Hno. TIBERIO GIRALDO ARBELÁEZ - fms, Rector y
YEIMI XIOMARA BUITRAGO SANCHEZ, Secretaría Académica.

Dada en Villavicencio - Meta, a los 3 días del mes de diciembre de 2016

Hno. Tiberio Giraldo Arbeláez - fms
C.C. No. 19.173.481 de Bogotá, D.C.
Rector

Yeimi Xiomara Buitrago Sánchez
C.C. No. 1.121.870.059 de Villavicencio, Meta
Secretaria Académica

No requiere ser registrado según Decreto No. 921 del 06 de mayo de 1994, expedido por el M.E.N.

Powered by CamScanner

La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional

y en su nombre la

Institución Educativa Champagnat Pinares de Oriente

Autorizada por la Secretaría de Educación de Villavicencio, Meta
según Resolución No. 0252 del 03 de marzo de 2011

Confiere a:

Mónica Dayana Rico Cabrera

T.I. No. 99022510319 de Villavicencio-Meta

El Título de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Vocacional, según los planes y programas vigentes

CHAMPAGNAT PINARES DE ORIENTE
VILLAVICENCIO

Hno. Tiberio Giraldo Arbeláez - fms
Rector

Yeimi Xiomara Buitrago Sánchez
Secretaria Académica

Registro Interno

Acta No. 04 Folio No. 1400

No requiere ser registrado según Decreto No. 921 del 06 de mayo de 1994, expedido por el M.E.N.

Dado en Villavicencio - Meta, a los 03 días del mes de diciembre de 2016

Escaneado con CamScanner

Corporación Unisystem de Colombia

ACTA DE CERTIFICACIÓN No. 7–1226

En la ciudad de Villavicencio – Meta a los 15 días del mes de Diciembre del año 2018, se llevó a cabo la ceremonia de certificación de "Técnico Laboral por Competencias en "Auxiliar en Enfermería". Programa de Formación para el Trabajo y el Desarrollo Humano con concepto favorable del Ministerio de la Protección Social mediante acuerdo No. 74 del 13 de Marzo de 2007 y autorizado por la Secretaría de Educación Municipal, mediante Resolución No. 1083 del 20 de Abril de 2015 que le confiere el **Certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias Laborales a:**

MONICA DAYANA RICO CABRERA

C.C. 1.234.791.116 de Villavicencio - Meta

Por haber cumplido con los requisitos académicos
(1600 horas teórico – prácticas) que lo acreditan como:

TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA

CORPORACIÓN UNISYSTEM DE COLOMBIA Villavicencio DIRECTOR

JULIO CÉSAR MOSQUERA B.
Director General

ANDREA LILIANA VILLAR M.
Directora Académica

CORPORACIÓN UNISYSTEM DE COLOMBIA SECRETARÍA ACADÉMICA

MARYI ZULEINY MONTENEGRO M.
Secretaria Académica

Powered by CamScanner

LA CORPORACIÓN
UNISYSTEM DE COLOMBIA

Institución de Formación Para El Trabajo y El Desarrollo Humano con Licencia de Funcionamiento No. 0202
de Abril 19 de 1.999 Expedida por la S.E.M
Certificación de Calidad ISO 9001:2008 - NTC 5555:2011

NTC 5663:2011

OTORGA EL CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL DE

TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERIA

MONICA DAYANA RICO CABRERA

Identificada con C.C. No. 1.234.791.116 Expedida en Villavicencio - Meta

Quien cumplió satisfactoriamente los requisitos exigidos por la Institución con una intensidad de 1.600 Horas Resolución No. 1083 de 20 Abril de 2015

De Acuerdo con la Ley 1064, Decreto 4904 de 2.009 Expedido por el Ministerio de Educación Nacional

Directora Académica

Director General

Secretaria Académica

Dado en Villavicencio - Meta, a los 15 días del mes de Diciembre de 2.018 Libro 7 Folio 1.226

Escaneado con CamScanner

DEPARTAMENTO DEL META
NIT 892 000 148-0

RESOLUCIÓN NÚMERO 21998
Por la cual se autoriza el ejercicio de la profesión

EL SECRETARIO DE SALUD DEL META
En uso de sus facultades y en especial las conferidas en la Ley 1164 de 2007

CONSIDERANDO:

Que MONICA DAYANA RICO CABRERA con cédula de ciudadanía número 1.234.791.116 de Villavicencio, solicitó ante esta Secretaría autorización para ejercer como Auxiliar en Enfermería, según Certificado de Técnico Laboral otorgado por la Corporación Unisystem de Colombia el 15 de diciembre de 2018.

Que, revisada la documentación presentada se constató el cumplimiento de los requisitos exigidos para dicho trámite.

Que, en virtud de lo expuesto, este despacho.

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO. Autorizar a MONICA DAYANA RICO CABRERA con cédula de ciudadanía número 1.234.791.116 de Villavicencio, para ejercer como Auxiliar en Enfermería en el Territorio Nacional.

ARTÍCULO SEGUNDO. Contra la presente resolución procede el recurso de reposición y apelación en los términos establecidos en el Código Administrativo.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE
Villavicencio, enero 24 de 2019

JORGE OVIDIO CRUZ ALVAREZ
Secretario de Salud

Revisó: Yenni Angelina Paredes Ortíz
Gerente de Calidad Inspección y Vigilancia de los Servicios

Gloria C.

Powered by CamScanner

Función Pública

mipg modelo integrado de planeación y gestión

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

MONICA DAYANA RICO CABRERA

C.C 1.234.791.116

Participó y completó con el Módulo de Fundamentos Generales del curso virtual

Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 28 de octubre 2026

Luz Daifenis Arango Rivera

Directora de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 761622981206

Nota: la "Constancia de Participación" emitida a quienes completan satisfactoriamente los módulos correspondientes, no certifica horas académicas por cuanto el Departamento Administrativo de la Función Pública no es una institución educativa y su naturaleza de Departamento Técnico no le permite emitir certificaciones de formación en los términos del Decreto 1072 de 2015".

Función Pública

mipg modelo integrado de planeación y gestión

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

MONICA DAYANA RICO CABRERA

C.C 1.234.791.116

Participó y completó con éxito los 8 módulos del curso virtual

Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 28 de octubre 2026

Luz Daifenis Arango Rivera

Directora de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 761622981000

Nota: la "Constancia de Participación" emitida a quienes completan satisfactoriamente los módulos correspondientes, no certifica horas académicas por cuanto el Departamento Administrativo de la Función Pública no es una institución educativa y su naturaleza de Departamento Técnico no le permite emitir certificaciones de formación en los términos del Decreto 1072 de 2015".

Función Pública | mipg modelo integrado de planeación y gestión

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

MONICA DAYANA RICO

C.C 1.234.791.116

Participó y completó con éxito el Módulo de Auditoría del curso virtual

Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 28 de octubre 2026

Luz Daifenis Arango Rivera

Directora de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 7617174593161

Nota: la "Constancia de Participación" emitida a quienes completan satisfactoriamente los módulos correspondientes, no certifica horas académicas por cuanto el Departamento Administrativo de la Función Pública no es una institución educativa y su naturaleza de Departamento Técnico no le permite emitir certificaciones de formación en los términos del Decreto 1072 de 2015".

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

MONICA DAYANA RICO CABRERA

C.C 1.234.791.116

Participó y completó el curso virtual

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 28 de octubre 2026

Francisco Camargo Salas
Director de Empleo Público

Código: 761625139000

EL JEFE DE LA OFICINA ASESORA JURÍDICA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E.

CERTIFICA QUE:

Revisando los libros radicadores del área de contratación y el respectivo expediente contractual se pudo constatar que: **MONICA DAYANA RICO CABRERA,** identificada con la cédula de ciudadanía N° **1.234.791.116** suscribió con la E.S.E Hospital Departamental San Juan de Dios de Puerto Carreño-Vichada, los siguientes contratos:

Objeto del Contrato: *PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES EXTRAMURALES DEL SERVICIO INTEGRADO DE ATENCION Y PREVENCION A LA DESNUTRICION, DEL MUNICIPIO DE PUERTO CARREÑO; CONVENIO INTERADMINISTRATIVO N° 001 VIGENCIA 2025, CELEBRADO ENTRE EL ICBF Y EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E*

Año 2025

Contrato Prestación de Servicios N°:	**1939**
Plazo De Ejecución:	01 de septiembre al 31 de diciembre

Que en cumplimiento del objeto de los contratos anteriormente relacionados **MONICA DAYANA RICO CABRERA,** cumple las siguientes actividades específicas:

1. Responsable de realizar acciones, seguimientos, herramientas, estrategias, diligenciamiento de formatos que se designen y se estipulen en la guía operativa y manual técnico del servicio integrado de atención y prevención a la desnutrición.
2. Liderar proceso de identificación geográfica del territorio en donde se va a ejecutar la modalidad.
3. Identificación de los signos que presenten los usuarios, frente al desarrollo de enfermedades, peligro de muerte, desnutrición en niñas o niños y bajo peso en mujeres gestantes y madres en periodo de lactancia, al ingreso a la modalidad y durante el seguimiento mensual y con mayor frecuencia en los casos que lo requieran.
4. Apoya la identificación y búsqueda activa de potenciales usuarios para la vinculación al servicio integrado de atención y prevención a la desnutrición.
5. Realizar acciones de seguimiento y apoyo en el cuidado de la salud y nutrición de los usuarios de acuerdo con las orientaciones del profesional en nutrición.

6. Realizar seguimiento al estado nutricional y de salud de las niñas, niños y mujeres gestantes usuarios del Servicio Integrado de atención y Prevención a la desnutrición.
7. Realizar y registrar el seguimiento de la temperatura corporal, antropometría y de los avances de los objetivos determinados por el equipo interdisciplinario con base en la guía y lineamiento técnico del servicio integrado de atención y prevención a la desnutrición.
8. Identificar durante la visita al hogar en conjunto con el profesional en nutrición, si el usuario presenta signos generales de peligro o alerta que requieran traslado a atención por urgencias, teniendo en cuenta la resolución 2350 del 2020.
9. Promover con las familias usuarias y la comunidad en general, la aplicación del servicio integrado de Atención y prevención, realizar acciones de promoción y prevención a la desnutrición de Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI), así como los contenidos educativos de los programas de crecimiento y desarrollo, salud de la mujer (control prenatal, planificación familiar), lactancia materna, enfermedades tropicales y de interés en Salud Pública
10. Participar en la revisión de los estudios de caso de los niños y niñas identificados durante la evolución interdisciplinaria semanal que requieren especial atención.
11. Informar al usuario y su familia los avances de los objetivos de atención, el tratamiento a seguir y su evolución en la visita.
12. Apoyar al profesional social con información que permita la elaboración de un informe sobre la cultura, tradiciones, rituales de la comunidad en donde se va a atender a niñas y niños con riesgo de desnutrición y mujeres gestantes con bajo peso, especialmente, las relacionadas con alimentación y nutrición, maternidad, lactancia y alimentación complementaria.
13. Gestionar y acompañar a las familias usuarias, en la obtención de documentos pendientes (afiliación al SGSSS, carné de vacunas, carné de control prenatal, etc.), citas y remisiones requeridas con el sector salud.
14. Realizar orientaciones a las familias en temas como prevención y promoción en salud, signos de alarma, entre otros, de acuerdo con la necesidad identificada durante la visita y consignar estas orientaciones en la historia de atención.
15. Realizar seguimiento al plan de manejo individual en el hogar orientada a promover las prácticas del cuidado de la salud, de alimentación saludable y entornos protectores en el hogar y la comunidad; así como apoyar ejercicios de corresponsabilidad con la familia y la comunidad.
16. Seguimiento a gestión de procesos de atención en salud, en línea con lo dispuesto en la ruta de atención integral a la primera infancia del Ministerio de Salud y Protección Social.
17. En todos los casos en que sea posible, debe realizar contacto telefónico con las familias para identificar factores de riesgo y generar las alertas respectivas antes del desplazamiento de la URNC.
18. Diseñar con el equipo las experiencias pedagógicas y las herramientas de apoyó para los escenarios de encuentros comunitarios y encuentros en el hogar.

19. Realizar fortalecimiento de saberes individuales, familiares y comunitario de los usuarios en pro al Derecho Humano a la Alimentación Adecuada y la salud.
20. Realizar el plan de atención y acompañamiento individual y familiar, con los integrantes del equipo interdisciplinario.
21. Participar en las mesas, reuniones y talleres cuando sea requerido.
22. Reporte de los informes que se requiera y sean requeridos por el supervisor.
23. Reporte y soportes de la cuenta de cobro al supervisor.
24. otras que designe el supervisor.

PROHIBICIONES DEL CONTRATISTA El contratista se obliga a no desarrollar ninguna de las conductas descritas, o en su defecto, en caso de presenciarlas, tendrá la obligación de informar de manera inmediata a la supervisión: 1. Se prohíbe el consumo de bebidas alcohólicas, sustancias psicoactivas, consumo de tabaco, durante las salidas a jornada laboral (incluye durante el traslado de punto a punto), además en los espacios de cumplimiento de obligaciones. 2. Se prohíbe el transporte de cualquier tipo de sustancia psicoactiva, alcohólica, o armas y demás elementos que puedan configurarse como un peligro para la integridad física o la Vida, tanto del personal como de los sujetos de atención. 3. Realizar comentarios o afirmaciones de talante racista, xenófobos y en general que vayan en contra de la raza, condición o buen nombre de las personas, tanto hacia los integrantes de la E.S.E. San Juan de Dios como de los beneficiarios del programa y en general toda persona con Quien tenga contacto. 4. Se prohíbe faltar al respeto de cualquier forma tanto a los integrantes de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios, como a los beneficiarios del proyecto, esto incluye el trato verbal como cualquier agresión física o psicológica; cabe resaltar además que el personal debe ser consiente y respetuosa de las costumbres propias de la población indígena a ser atendida. En el evento de comprobarse la comisión de alguna de las conductas, el contratista se hará acreedor a la imposición de las multas pecuniarias contempladas en el contrato o en su defecto y atendiendo la gravedad de lo sucedido la entidad podrá proceder con la declaratoria de caducidad y/o terminación del contrato. Estas prohibiciones se establecen en atención a las especiales particularidades que comprende la ejecución del presente contrato, en especial frente al respeto por la cosmovisión y costumbres de los pueblos indígenas, que guardan especial protección por parte de la Constitución Política, por lo tanto, la entidad contratante no se hará responsable por las consecuencias que se presenten en contra de la persona que no cumpla a cabalidad con las reglas y costumbres que se exijan al interior de las diferentes comunidades indígenas.

RECOMENDACIONES PREVIAS AL FUTURO CONTRATO – (PERSONAL FEMENINO) PARA INCLUIR EN LAS CLAUSULAS DEL CONTRATO.

En atención a que las actividades a realizar con ocasión al futuro contrato de prestación de servicios, se realizaran principalmente en zona rural dispersa del Departamento de Vichada, en periodos no inferiores a 20 días calendario seguidos por cada salida, es menester conocer para esta entidad si a la fecha se encuentra en estado de embarazo, a su vez conocer el tiempo de gestación, y si ha sido diagnosticado como embarazo de alto riesgo, lo anterior, con

el fin de conocer las condiciones particulares de la futura contratista, habida cuenta que estos traslados prolongados pueden poner en riesgo la vida no solo de la madre, sino también del menor por nacer, dado que las condiciones climáticas, el mal estado de las vías, la situación de orden público en estos lugares, y el prolongado tiempo de traslado hasta la zona urbana, presuponen un riesgo que debe ser tenido en cuenta por las partes previa suscripción del contrato. En virtud de lo anterior se requiere que el personal a contratar, en el formato de presentación de la propuesta para la celebración del contrato, informe a esta entidad lo solicitado anteriormente bajo la gravedad del juramento, pues como se menciona en párrafo anterior el objeto contractual requiere que su cumplimiento sea en zona rural de conformidad con las directrices del ICBF, frente al modelo Integrado de Atención y Prevención de la Desnutrición.

Objeto del Contrato: *PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E.*

Año 2024

Contrato Prestación de Servicios N°:	**0213**
Plazo De Ejecución:	11 de enero al 29 de febrero

Objeto del Contrato: *PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E.*

Año 2023

Contrato Prestación de Servicios N°:	**0104**
Plazo De Ejecución:	05 de enero al 28 de febrero
Contrato Prestación de Servicios N°:	**0846**
Plazo De Ejecución:	06 de marzo al 30 de junio
Contrato Prestación de Servicios N°:	**1276**
Plazo De Ejecución:	10 julio al 31 de agosto
Contrato Prestación de Servicios N°:	**2097**
Plazo De Ejecución:	13 de septiembre al 30 de noviembre
Un mes de adición:	01 de diciembre al 31 de diciembre

Objeto del Contrato: *PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E.*

Año 2022

- Contrato de Prestación de Servicios No.**221** del 01 de Enero
  Plazo de Ejecución: del 01 de Enero al 30 de Abril..

- Contrato de Prestación de Servicios No.**739** del 01 de Abril
  Plazo de Ejecución: del 01 de Abril al 31 de Julio.
  Un mes de adición: desde el 01 de Agosto al 31 de Agosto.

- Contrato de Prestación de Servicios No.**1317** del 06 de Septiembre
  Plazo de Ejecución: del 06 de Septiembre al 31 de Octubre.

- Contrato de Prestación de Servicios No.**1871** del 09 de Noviembre
  Plazo de Ejecución: del 09 de Noviembre al 30 de Noviembre.

- Contrato de Prestación de Servicios No.**2219** del 13 de Diciembre
  Plazo de Ejecución: del 13 de Diciembre al 31 de Diciembre.

Objeto del Contrato: *PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E.*

Año 2021

- Contrato de Prestación de Servicios No. **65** del 01 de Enero
  Plazo de Ejecución: del 01 de Enero al 30 de Abril.
  2 meses de Adición: desde el 01 de Mayo al 30 de Junio.

- Contrato de Prestación de Servicios No. **884** del 01 de Julio
  Plazo de Ejecución: del 01 al 31 de Julio.

- Contrato de Prestación de Servicios No. **1266** del 01 de Agosto
  Plazo de Ejecución: del 01 de Agosto al 30 de Septiembre.
  1 mes de Adición: desde el 01 al 31 de Octubre.

- Contrato de Prestación de Servicios No. **1740** del 01 de Noviembre
  Plazo de Ejecución: del 01 al 30 de Noviembre.

- Contrato de Prestación de Servicios No. **2056** del 01 de Diciembre
  Plazo de Ejecución: del 01 al 31 de Diciembre.

Objeto del Contrato: *PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E.*

Año 2020

- Contrato de Prestación de Servicios No.**322** del 01 de Febrero
  Plazo de Ejecución: del 01 de Febrero al 30 de Abril.

- Contrato de Prestación de Servicios No. **555** del 01 de Mayo
  Plazo de Ejecución: del 01 de Mayo al 30 de Junio.
  1 mes de Adición: desde el 01 al 31 de Julio.

- Contrato de Prestación de Servicios No. **944** del 01 de Agosto
  Plazo de Ejecución: del 01 de Agosto al 30 de Septiembre.

- Contrato de Prestación de Servicios No. **1390** del 01 de Octubre
  Plazo de Ejecución: del 01 de Octubre al 30 de Noviembre.
  1 mes de Adición: desde el 01 al 31 de Diciembre.

Que en cumplimiento del objeto de los contratos anteriormente relacionados **MONICA DAYANA RICO CABRERA,** cumple las siguientes actividades específicas:

1. Aplicación de la Política de Seguridad del Paciente.
2. Realizar las actividades contenidas en la Resolución 412 de 2000 y/o aquellas normas que lo modifiquen o sustituyan en: demanda inducida, detección temprana, protección específica.
3. Dar aplicabilidad a los protocolos de vigilancia en salud pública y Guías clínicas de atención.
4. Cumplir estrictamente las normas de Bioseguridad y el manejo de residuos hospitalarios.

5. Dar educación a los usuarios en las estrategias de IAMI, AIEPI y Maternidad Segura, en las diferentes áreas asistenciales de la E.S.E Hospital San Juan de Dios y sus sedes y evidenciarlo en la historia clínica y registros asistenciales definidos por la ESE Hospital San Juan de Dios.
6. Asistencia y acompañamiento a la revista médica del servicio de entrega de pacientes en cada turno y diligenciar el libro respectivo de entrega de turnos.
7. Disponibilidad al llamado ante la activación del Plan Hospitalario de Emergencias y activación de alertas.
8. Remitir a los usuarios a los diferentes programas que tiene implementada la empresa, ofreciendo información clara, personalizada, y efectiva.
9. Realizar todos los procedimientos de Enfermería que sean requeridos por los usuarios en el centro de costo asignado (servicio), en caso necesario con o sin la asesoría del especialista, médico y jefe enfermería de turno, dependiendo de su adiestramiento y/o complejidad del procedimiento.
10. Cumplir con la Atención integral en consultorios médicos de Consulta Externa, Promoción y Prevención, Urgencias sala de reanimación, en sala de procedimientos, en sala de curaciones, en salas de observación, Unidad de Cuidados Intermedios, Pediatría, Ginecología acorde a los protocolos, manuales de procedimientos y guías de atención. Registrar el ingreso y egreso de los usuarios en el censo diario de pacientes, preparar al paciente de urgencias y hospitalización para la realización de los diferentes exámenes de diagnóstico y tratamiento cuando lo requiera.
11. Administrar los medicamentos ordenados por el médico cumpliendo los horarios.
12. Arreglar y limpiar la unidad y ambiente físico del usuario, tanto para la admisión como para la estadía del mismo en la ESE.
13. Asistir a las diferentes capacitaciones programadas por la empresa y someterse a las evaluaciones periódicas de conocimiento científico y administrativo.
14. Presentar oportunamente al coordinador de procesos asistenciales las eventualidades, situaciones de emergencia y riesgo que se presente en la unidad.
15. Realizar el correcto y completo diligenciamiento de historia clínica sistematizada, y los registros establecidos en las diferentes áreas asistenciales de la E.S.E Hospital San Juan de Dios.
16. Participar activamente y cumplir con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad - habilitación y acreditación de la entidad.
17. Cumplir estrictamente con el proceso de referencia y contrarreferencia.
18. Realizar el acompañamiento en el Traslado de pacientes a los diferentes puntos de referencia, municipios del Departamento del Vichada y/ o Extra departamental cuando así se requiera, realizar limpieza de la ambulancia después de terminada la remisión, tener los cuidados necesarios durante el traslado del paciente e informar las novedades presentadas, durante la remisión.
19. Informar al profesional de turno del servicio responsable sobre situaciones de emergencia y riesgo que observe en los pacientes, familia, comunidad y/o medio ambiente.

20. Realizar la Admisión del paciente y acciones pertinentes para el cuidado directo del paciente en Urgencias, Hospitalización, sala de cirugía, sala de partos, sala de preparación de cirugía, asistencia como auxiliar.
21. Apoyar las Brigadas extramurales realizadas en el Departamento y/o unidad móvil cuando le sean asignadas.
22. Registrar las interconsultas telefónicas realizadas con el personal profesional médico y/o enfermería con el fin de recibir instrucciones de conductas a seguir con el paciente para salvaguardar, y/o estabilizar la situación de salud de un paciente.
23. Cubrir la disponibilidad en horas nocturnas, según cronograma de actividades y/o cuando se requiera.
24. Las demás que en relación a sus actividades se demanden.
25. Realizar y/o participar en las capacitaciones programadas dentro de los planes institucionales en la vigencia 2023 que se encuentran dentro de su competencia entregando como soporte listas de asistencia, acta de capacitación y pretest con evidencia fotográfica. Tanto la asistencia como realización de las mismas son de carácter obligatorio y se tendrán en cuenta en la revisión de informes de actividades mensuales.

La presente certificación se expide en Puerto Carreño - Vichada, a los 15 días del mes de diciembre del 2025, a solicitud de la interesada.

OSCAR DANIEL CORTES CARDONA
JEFE OFICINA JURÍDICA DE LA E.S.E

PROYECTÓ: KATHERIN JULIETH MEDINA VALLEJO
ADMINISTRADORA DE EMPRESAS

LA PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE TALENTO HUMANO DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E

CERTIFICA QUE:

Revisado los libros radicadores del área de contratación y el respectivo expediente contractual se pudo constatar que: **MONICA DAYANA RICO CABRERA,** identificado con la cédula de ciudadanía **N°1.234.791.116**, suscribió con la E.S.E Hospital Departamental San Juan de Dios de Puerto Carreño-Vichada, los siguientes contratos.

Objeto del Contrato: **PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E.**

Año 2022

- Contrato de Prestación de Servicios No.**221** del 01 de Enero
  Plazo de Ejecución: del 01 de Enero al 30 de Abril.
- Contrato de Prestación de Servicios No.**739** del 01 de Abril
  Plazo de Ejecución: del 01 de Abril al 31 de Julio.
  Contrato en ejecución:

Año 2021

- Contrato de Prestación de Servicios No. **65** del 01 de Enero
  Plazo de Ejecución: del 01 de Enero al 30 de Abril.
  2 meses de Adición: desde el 01 de Mayo al 30 de Junio.
- Contrato de Prestación de Servicios No. **884** del 01 de Julio
  Plazo de Ejecución: del 01 al 31 de Julio.
- Contrato de Prestación de Servicios No. **1266** del 01 de Agosto
  Plazo de Ejecución: del 01 de Agosto al 30 de Septiembre.
  1 mes de Adición: desde el 01 al 31 de Octubre.
- Contrato de Prestación de Servicios No. **1740** del 01 de Noviembre

Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner

Plazo de Ejecución: del 01 al 30 de Noviembre.

- Contrato de Prestación de Servicios No. **2056** del 01 de Diciembre
  Plazo de Ejecución: del 01 al 31 de Diciembre.

Año 2020

- Contrato de Prestación de Servicios No.**322** del 01 de Febrero
  Plazo de Ejecución: del 01 de Febrero al 30 de Abril.
- Contrato de Prestación de Servicios No. **555** del 01 de Mayo
  Plazo de Ejecución: del 01 de Mayo al 30 de Junio.
  1 mes de Adición: desde el 01 al 31 de Julio.
- Contrato de Prestación de Servicios No. **944** del 01 de Agosto
  Plazo de Ejecución: del 01 de Agosto al 30 de Septiembre.
- Contrato de Prestación de Servicios No. **1390** del 01 de Octubre
  Plazo de Ejecución: del 01 de Octubre al 30 de Noviembre.
  1 mes de Adición: desde el 01 al 31 de Diciembre.

Que en cumplimiento del objeto de los contratos antes relacionados: **MONICA DAYANA RICO CABRERA**, cumplió las siguientes actividades específicas:

1. Aplicación de la política de seguridad del paciente.
2. Realizar las actividades contenidas en la resolución 412 de 2000 y/o aquellas normas que modifiquen o sustituyen en: demanda inducida, detección temprana, protección especifica.
3. Dar aplicabilidad a los protocolos de vigilancia de salud pública y guías clínicas de atención.
4. Cumplir estrictamente las normas de bioseguridad y el manejo de residuos hospitalarios.
5. Dar educación a los usuarios en las estrategias de IAMI, AIEPI y Maternidad segura, en las diferentes áreas asistenciales de la ESE. Hospital San Juan de Dios. Y sus sedes y evidenciarlo en la historia clínica y registros asistenciales definidos por la ESE. Hospital San Juan de Dios.
6. Asistencia y acompañamiento a la revista médica del servicio de entrega de paciente en cada turno y diligenciar el libro respectivo de entregas de turno.
7. Disponibilidad al llamado ante la activación del plan de hospitalario de emergencias y activación de alertas.

Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner

8. Remitir a los usuarios a los diferentes programas que tiene implementada la empresa, ofreciendo información clara, personalizada y efectiva.
9. Realizar todos los procedimientos de enfermería que sean requeridos por los usuarios en el centro de costos asignado (servicios), en caso necesario con o sin la asesoría del especialista, médico y jefe enfermería de turno, dependiendo de su adiestramiento y/o complejidad del procedimiento.
10. Cumplir con la atención integral en consultorios médicos de consulta externa, promoción y prevención, urgencias sala de reanimación, en sala da procedimientos, en sala de curaciones, en sala de observación, unidad de cuidados intermedios, pediatría, ginecología acorde a los protocolos, manuales de procedimientos y guías de atención. Registrar el ingreso y egreso de los usuarios en el censo diario de pacientes, preparar al paciente de urgencias y hospitalización para la realización de los diferentes exámenes de diagnósticos y tratamiento cuando lo requiera.
11. Administrar los medicamentos ordenados por el medico cumpliendo los horarios.
12. Arreglar y limpiar la unidad y ambiente físico del usuario, tanto para la admisión como para la estadía del mismo en la E.S.E.
13. Asistir a las diferentes capacitaciones programadas por la empresa y someterse a las evaluaciones periódicas de conocimiento científico y administrativo.
14. Presentar oportunamente al coordinador de procesos asistenciales las eventualidades, situaciones de emergencia y riesgos que se presente en la unidad.
15. Realizar el correcto y completo diligenciamiento de historia clínicas sistematizada, y los registros establecidos en las diferentes áreas asistenciales de la ESE Hospital San Juan de Dios.
16. Participar activamente y cumplir con el sistema obligatorio de garantía de la calidad habilitación y acreditación de la entidad.
17. Cumplir estrictamente con el proceso de referencia y contrarreferencia.
18. Realizar el acompañamiento en el traslado de pecientes a los diferentes puntos de referencias, municipios del departamento del vichada y/o extra departamental cuando así se requiera, realizar limpieza de la ambulancia después de terminada la remisión, tener los cuidados necesarios durante el traslado del paciente e informar las novedades presentadas, durante la remisión.

Escaneado con CamScanner

19. Informar al profesional de turno del servicio responsable sobre situaciones de emergencias y riesgos que observe en los pacientes, familia, comunidad y/o medio ambiente.
20. Realizar la admisión del paciente y acciones pertinentes para el cuidado directo del paciente en urgencias, hospitalización, sala de cirugías, sala de partos, sala de preparación de cirugía, asistencia como auxiliar.
21. Apoyar las brigadas extramurales realizadas en el departamento y/o unidad móvil cuando le sean asignadas.
22. Realizar las interconsultas telefónicas realizadas con el personal profesional medico y/o enfermería con el fin de recibir instrucciones de conductas a seguir con el paciente para salvaguardar, y/o estabilizar la situación de salud de un paciente.
23. Cubrir la disponibilidad en horas nocturnas, según cronograma de actividades y/o cuando se requiera.

La presente constancia se expide en Puerto Carreño - Vichada, a los 11 días del mes de Julio de 2022, a solicitud verbal de la interesada.

ODILIA CABRERA CRUZ
Profesional Universitario
oficina -Talento Humano

Escaneado con CamScanner

LA JEFE DE TALENTO HUMANO DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E

CERTIFICA QUE:

Revisando los libros radicadores del área de contratación y el respectivo expediente contractual se pudo constatar que **MONICA DAYANA RICO CABRERA**, identificada con la cédula de ciudadanía N° **1234791116** suscribió con la E.S.E Hospital Departamental San Juan de Dios de Puerto Carreño-Vichada, los siguientes contratos:

Objeto del Contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN ZONA RURAL PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL PIC MUNICIPAL DE PUERTO CARREÑO; MEDIANTE CONTRATO No. 072 - 2019 CELEBRADO ENTRE LA ALCALDIA MUNICIPAL DE PUERTO CARREÑO Y EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E.

AÑO 2019

- Contrato de Prestación de Servicios No **356** del 3 de Marzo
  Plazo de Ejecución: del 03 de Marzo al 31 de Diciembre
  Contrato en Ejecución

Que en cumplimiento del objeto de los contratos antes relacionados **MONICA DAYANA RICO CABRERA,** ha cumplido las siguientes actividades específicas

1. **SALUD AMBIENTAL**: a. Apoyar la realización de 6 talleres educativos, con adolescentes, en la institución educativa Antonia Santos de Cazuarito y en la sede Garcitas sobre proceso de reciclaje, cuidados del medio ambiente e impactos del mismo sobre la salud; en la zona rural del Municipio, en caso de ser requerido.
2. **DERECHOS SEXUALES, SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**: a. Apoyar en la elaboración del censo mensual de gestantes en la zona rural del municipio de Puerto Carreño; b. Apoyar el desarrollo de la actividad educativa dirigida al 100% de las gestantes captadas, en el ámbito hogar, en el sector 5 rural; c. Apoyar en la capacitación a 15 agentes comunitarios (agentes comunitarios en salud indígenas, parteras y sabedores) sobre identificación temprana de signos de alarma y señales de peligro durante el embarazo, parto y puerperio en el Municipio de Puerto Carreño; d. Apoyar en la implementación de una estrategia de información en salud , dirigida a 100 familias en el entorno hogar, en la zona rural inspecciones de Cazuarito, Aceitico y Venturosa, en temas relacionados con el autocuidado para la prevención del VIH / SIDA; e. Apoyar en la implementación de una estrategia de información en salud , dirigida a la población adolescente, joven y adulta en el entorno comunitario sobre manejo responsable de la sexualidad, deberes y derechos sexuales y reproductivos, prevención de ITS, VIH/SIDA en la zona rural del municipio.
3. **SALUD MENTAL y CONVIVENCIA SOCIAL**: a. Apoyar en el desarrollo de las actividades del espacio de escucha definido a través de la línea de atención telefónica "ORIENTACION... PARA TODOS" que opera de 8:00 am a 8:00 pm durante todos los días de la semana, en el entorno comunitario; b. Apoyar la implementación de la estrategia "ESTE ES MI CUENTO" en

Escaneado con CamScanner

la Institución Educativa Antonia Santos, Internado de La Esmeralda e Internado La Conquista, en caso de ser requerido; c. Apoyar la implementación la estrategia "CINE AL PARQUE... SOMOS TODOS" que se realice en la zona rural, en caso de ser requerido; d. Apoyar la realización del tamizaje a través del instrumento RQC para 25 niños de las Instituciones Educativas asignadas en la zona rural (Escuela La Conquista, Internado Aceitico), en caso de ser requerido.

4. **VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES**: a. Apoyar en la realización de 10 actividades educativas en forma mensualizada con personas adultas identificadas en la vigencia anterior con enfermedades crónicas en el entorno hogar en la zona rural, sobre promoción de decálogo de hábitos saludables, con canalización a los servicios de salud; b. Apoyar en la realización de 2 campañas de información en salud (El Orinocazo) en el entorno comunitario, para reforzar comportamientos saludables enfocados a la promoción de estilos y hábitos de vida saludables (en caso de ser requerido); c. Apoyar en la realización de dos actividades masiva con niños, niñas y adolescentes en el entorno comunitario de musicoterapia, actividad física y aeróbicos, denominada "Actívate con el PIC" (en caso de ser requerido).
5. **VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES**: a. Apoyar la realización de 4 recorridos con información en salud a personas mayores de 15 años en el ámbito comunitario sobre prevención e identificación oportuna de signos y síntomas de malaria en la zona rural del municipio; b. Apoyar la realización de 4 recorridos con información en salud en el entorno comunitario dirigido a personas mayores de 15 años sobre identificación oportuna de signos en sintomáticos respiratorios o de piel en la zona rural del municipio; c. Apoyar en la realización de 2 jornadas de salud en el ámbito comunitario, para el desarrollo de acciones de información en salud, educación, comunicación relacionadas con la vacunación en la zona rural del municipio; d. Apoyar en 1 recorrido para aplicación de métodos que incluye instrumentos de alta sensibilidad aplicados a la población mayor de 15 años para realizar examen ocular externo tendente a la identificación de signos de Triquiasis tracomatosa en la Inspección de Cazuarito en concertación con la supervisión.
6. **SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL**: a. Apoyar en la realización de 4 visitas en forma trimestral que incluya actividad educativa, en el entorno comunitario, sobre implementación y siembra de los cultivos tradicionales en las comunidades indígenas (Nueva Esperanza, Ekonay, Roncador, Guaripa, Morichal La Profunda y Guacamayas) con proceso de seguimiento previo en las vigencias anteriores, en caso de ser requerido; b. Apoyar en la educación a las familias en el entorno hogar, sobre forma de Implementación, producción y mantenimiento de huertas caseras en los sectores asignados para la zona rural, en caso de ser requerido; c. Apoyar la implementación de educación personalizada a las familias en el entorno hogar, sobre alimentación saludable en cuatro ocasiones al 100% de los menores reportados con desnutrición al SIVIGILA en la zona rural del municipio; d. Apoyar la implementación de un plan de capacitación de mamitas lactantes en el entorno hogar, con el siguiente slogan: "Mi hijo vive libre de desnutrición...yo le doy leche materna por montón" en la zona rural.
7. ***GESTION* DIFERENCIAL DE PÓBLACIONES VULNERABLES**: a. Apoyar en la realización de 1 taller para el desarrollo de capacidades sobre la estrategia comunitaria en la prevención y manejo de la IRA y EDA dirigida a la comunidad en general, en caso de ser requerido; b. Apoyar en la realización de encuentros pedagógicos con agentes comunitarios, madres, padres cuidadores en los tres mensajes claves de prevención, manejo y control de IRA y EDA en algunas comunidades indígenas de Chaparral, Morichal Venturosa y Cazuarito de la zona rural; c. Apoyar en la verificación de unidades UAIC de la zona rural; d. Apoyar en la realización de 9 talleres para el desarrollo de capacidades para los voluntarios de las UAIC; e. Apoyar en la realización de encuentros educativos en el entorno hogar, con personas con discapacidad sobre la importancia de tener buena salud y participación activa en los procesos de atención en promoción de la salud y prevención de la enfermedad ubicados en la zona rural, en caso de ser requerido; f. Apoyar la implementación de una estrategia de información en salud, dirigida a la población adulta en el entorno hogar sobre los tres mensajes claves de prevención, manejo y control de IRA y EDA en la zona rural del municipio.

Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner

8. **SALUD LABORAL**: a. Apoyar en la caracterización de 30 unidades de trabajo informal, en el momento de curso de vida de juventud y adultez, en el entorno laboral, área rural del municipio (Inspecciones de Aceitico, Puerto Murillo y La esmeralda).

La presente constancia se expide en Puerto Carreño - Vichada, a los 18 días del mes de Diciembre de 2019, a solicitud verbal de la interesada.

ODILIA CABRERA CRUZ

Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner

Centro Cristiano

DIRECCIÓN JURIDICA

El suscrito director Jurídico de la Entidad eclesiástica: **IGLESIA CENTRO CRISTIANO**, entidad jurídica especial reconocida por el ministerio del interior nacional mediante resolución 1613 del 27 de septiembre de 1999.

CERTIFICA

Que la señora **MONICA DAYANA RICO CABRERA**, identificada con la cedula de ciudadanía No. **1.234.791.116.** presto sus servicios para la **IGLESIA CENTRO CRISTIANO** identificada con el **N.I.T. 800.164.908-8**, en el programa de atención integral a la primera infancia estrategia de cero a siempre en el municipio de puerto Carreño, como **AUXILIAR EN SALUD Y NUTRICIÓN,** mediante contrato de prestación de servicios, desde el 09 marzo del 2023 hasta el 30 septiembre del 2023.

La presente certificación se expide a petición de la interesada, en la ciudad de san José de Cúcuta a los 04 días del mes de octubre del año 2023.

Cordialmente

JOSE LUIS PEÑARANDA DELGADO
C.C. 88.143.584.
Dirección Jurídica.

Avenida 9E- N°5N- 1 Urb. Los Pinos A.A. 995 P.B.X. 5744295 – Fax: 5777658
Cúcuta - Colombia
E-mail: direccionjuridica@centrocristiano.com.co

Powered by CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141021541041

(415)7707212489984(8020) 000014102154104 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 2 3 4 7 9 1 1 1 6	9	Delegada de Impuestos y Aduanas de Puerto Carreño 4 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 2 3 4 7 9 1 1 1 6	

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
RICO	CABRERA	MONICA	DAYANA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Vichada 9 9	Puerto Carreño 0 0 1

41. Dirección principal: CL 21 16 71 BRR ALCARAVAN

42. Correo electrónico: monicarico117@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 9	2 0 2 4 0 4 1 8						5 1 3 2	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

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

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024-04-18 / 11:20:29AM

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 RICO CABRERA MONICA DAYANA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 29-10-2026 04:37:16PM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Powered by CamScanner

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONES MÉDICAS

CONFIANZA
Swiss Re Corporate Solutions
NIT: 860.070.374-9

PÓLIZA 802096789
CERTIFICADO RM42605
REFERENCIA PAGO ELECTRONICO 0900431626

UBICACION: VILLAVICENCIO **USUARIO:** AQUINTERO **TIPO CERTIFICADO:** Nueva producción **FECHA EXPEDICION:** DD 10 MM 08 AAAA 2026

TOMADOR	MONICA DAYANA RICO CABRERA	**C.C. O NIT:**	1234791116 9
DIRECCIÓN:	CL 21 16 71 BRR ALCARAVAN	**CIUDAD:**	PUERTO CARREÑO
E-MAIL:	MONICARICO177@GMAIL.COM	**TELÉFONO:**	3204816167
ASEGURADO:	MONICA DAYANA RICO CABRERA	**C.C. O NIT:**	1234791116
DIRECCIÓN:	CL 21 16 71 BRR ALCARAVAN	**CIUDAD:** PUERTO CARREÑO	**TEL.** 3204816167
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	**C.C. O NIT:**	0000000000
DIRECCIÓN:		**CIUDAD:**	**TEL.**

VIGENCIA		VALOR ASEGURADO EN PESOS		
DD MM AAAA	DD MM AAAA	ANTERIOR	ESTA MODIFICACIÓN	NUEVA
DESDE 04 08 2026	**HASTA** 04 08 2027			90,000,000.00

INTERMEDIARIO		COASEGURO				PRIMA		
%PART	NOMBRE	COMPAÑIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TRM:	MONEDA	VALORES
100.00	BROCHERO TORRES, CONSUELO					PRIMA NETA	PESOS	88,000.00
						CARGOS DE EMISIÓN	PESOS	0.00
						IVA	PESOS	16,720.00
						TOTAL		104,720.00

AMPAROS	VIGENCIA Desde	VIGENCIA Hasta	VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS	VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS	VALOR PRIMA EN PESOS	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE Mínimo	DEDUCIBLE Hr
R. CIVIL PROFESIONES MEDICAS	04-08-2026	04-08-2027	90,000,000.00	90,000,000.00	88,000.00	10	1.00	
Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Vigencia	04-08-2026	04-08-2027	90,000,000.00	90,000,000.00	0.00	10	1.00	
Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Evento	04-08-2026	04-08-2027	90,000,000.00	90,000,000.00	0.00	10	1.00	
Gastos Judiciales de Defensa / Vigencia	04-08-2026	04-08-2027	18,000,000.00	18,000,000.00	0.00	10	1.00	
Gastos Judiciales de Defensa / Evento	04-08-2026	04-08-2027	18,000,000.00	18,000,000.00	0.00	10	1.00	

OBJETO DE LA PÓLIZA:

INDENMIZAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES (DAÑO EMERGENTE LUCRO CESANTE) DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA EN QUE PUDIERE INCURRIR AL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE NEGLIGENCIA, IMPRUDENCIA O IMPERICIA EN EL EJERCICIO DE SU PROFESION MEDICA, SI EL SINIESTRO REFERENTE INCURRIESE DENTRO DEL PERIODO DE LA VIGENCIA DEL RIESGO.

La presente póliza no se extiende a cubrir ningún tipo de lesión, daño, responsabilidad, reclamación, pérdida, pago, costo o gasto de cualquier tipo, ya sea real o presunto, que derive de, sea consecuencia directa o indirecta de, atribuible a, o en cualquier modo relacionado con o en conexión con: Brote; Epidemia; Virus; Pandemia y/ o Emergencia Pública declaradas; Enfermedades Infecciosas, Transmisibles y/o Contagiosas (Se traten de manifestaciones reales o de Sospecha)

PROFESION: AUXILIAR DE ENFERMERIA
SISTEMA BASE DE COBERTURA: OCURRENCIA

EXCLUSIÓN DE TRANSCCIONES PROHÍBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERA COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑIA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.

ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA. ***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 DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.*** LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERA HACERA MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACION DE LA VIGENCIA DE LA POLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA. LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY. CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LOS CANALES DE ATENCIÓN QUE SE ENCUENTAN EN LA PÁGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO, ***VER NOTA*** EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETANDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ÁRTICULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARA EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DIA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION. SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA, D.C SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES. LA PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS. AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL. EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA 20/01/2025-1308-P-06-SU-OD-09-04-RCME-D00I NOTA TECNICA: 20/01/2025-1308-NT-P-06-NT-RC-EPMGLPCM04

(415)7709998911901(8020)0900431626

María Juana Herrera Rodríguez
CC: 52.420.596

TOMADOR

COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

SU-FO-10-01

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONES MÉDICAS

CONFIANZA
Swiss Re Corporate Solutions
NIT: 860.070.374-9

PÓLIZA 802096789
CERTIFICADO RM42605
REFERENCIA PAGO ELECTRONICO 0900431626

UBICACION: VILLAVICENCIO **USUARIO:** AQUINTERO **TIPO CERTIFICADO:** Nueva producción **FECHA EXPEDICION:** DD 10 MM 08 AAAA 2026

TOMADOR	MONICA DAYANA RICO CABRERA	**C.C. O NIT:**	1234791116 9
DIRECCIÓN:	CL 21 16 71 BRR ALCARAVAN	**CIUDAD:**	PUERTO CARREÑO
E-MAIL:	MONICARICO177@GMAIL.COM	**TELÉFONO:**	3204816167
ASEGURADO:	MONICA DAYANA RICO CABRERA	**C.C. O NIT:**	1234791116
DIRECCIÓN:	CL 21 16 71 BRR ALCARAVAN	**CIUDAD:** PUERTO CARREÑO	**TEL.** 3204816167
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	**C.C. O NIT:**	0000000000
DIRECCIÓN:		**CIUDAD:**	**TEL.**

VIGENCIA		VALOR ASEGURADO EN PESOS		
	DD MM AAAA	ANTERIOR	ESTA MODIFICACIÓN	NUEVA
DESDE	04 08 2026			90,000,000.00
HASTA	04 08 2027			

INTERMEDIARIO		COASEGURO				PRIMA		
%PART	NOMBRE	COMPAÑIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TRM:	MONEDA	VALORES
100.00	BROCHERO TORRES, CONSUELO					PRIMA NETA	PESOS	88,000.00
						CARGOS DE EMISIÓN	PESOS	0.00
						IVA	PESOS	16,720.00
						TOTAL		104,720.00

EXCLUSIÓN DE TRANSCCIONES PROHÍBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERA COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑIA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.

ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA. ***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 DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.*** LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERA HACERA MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACION DE LA VIGENCIA DE LA POLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA. LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY. CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LOS CANALES DE ATENCIÓN QUE SE ENCUENTAN EN LA PÁGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO, ***VER NOTA*** EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETANDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ÁRTICULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARA EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DIA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION. SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA, D.C SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES. LA PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS. AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL. EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA 20/01/2025-1308-P-06-SU-OD-09-04-RCME-D00I NOTA TECNICA: 20/01/2025-1308-NT-P-06-NT-RC-EPMGLPCM04

(415)7709998911901(8020)0900431626

María Juana Herrera Rodríguez
CC: 52.420.596

TOMADOR

COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

SU-FO-10-01

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CONFIANZA

Swiss Re Corporate Solutions

NIT: 860.070.374-9

Referencia para pago electrónico: 0900431626

Nit: 1234791116 **DV:** 9

Tomador: MONICA DAYANA RICO CABRERA

Póliza: 802096789 **Certificado:** RM42605 **UBICACION:** VILLAVICENCIO

Valor Póliza:$ 104,720

FECHA DE DD MM AAAA

CANTIDAD DE CHEQUES	COD. BANCO	CHEQUE No.	VALOR
		CHEQUES $	
		EFECTIVO $	
		(*) TOTAL	

Canales de Pago:

- PSE en nuestra pagina web www.confianza.com.co en Pagos Confianza PC, regístrese con c.c. o nit y el dígito de verificación, seleccione la opción: PSE/tarjeta de crédito.

- En entidades bancarias y corresponsales: (con código de barras, presentando este cupón)

Bancos:
BBVA Davivienda Banco de Bogotá

Corresponsales bancarios:
Corresponsales bancarios de Bancolombia
Grupo Éxito-Carulla
Surtimax
Olímpica
Movilred
Grupo Gelsa
Corresponsal Daviplata-punto red
Otros consúltelos en nuestra página web.
Copidrogas
Red Cerca
EDEQ
Full recarga

(415)7709998911901(8020)0900431626

IMPORTANTE:

- Si se requiere pagar más de una póliza, genere su cupón de pago en www.confianza.com.co en Pagos Confianza PC, regístrese con c.c. o nit y el dígito de verificación y seleccione las pólizas en la opción: Cupón de pagos.
- Es importante que esté actualizado su correo electrónico ya que a este le llegará su recibo de caja en línea, si paga por estos medios.
- No se reciben pagos mixtos.
(*) el valor a pagar puede ser menor o igual al valor de la póliza. No se reciben valores mayores al estipulado en este cupón.

- CLIENTE -

Dirección para notificaciones: Calle 82 Nº 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C.- Colombia. centrodecontacto@confianza.com.co

CONFIANZA

Swiss Re Corporate Solutions

NIT: 860.070.374-9

Referencia para pago electrónico: 0900431626

Nit: 1234791116 **DV:** 9

Tomador: MONICA DAYANA RICO CABRERA

Póliza: 802096789 **Certificado:** RM42605 **UBICACION:** VILLAVICENCIO

Valor Póliza:$ 104,720

FECHA DE DD MM AAAA

CANTIDAD DE CHEQUES	COD. BANCO	CHEQUE No.	VALOR
		CHEQUES $	
		EFECTIVO $	
		(*) TOTAL	

Canales de Pago:

- PSE en nuestra pagina web www.confianza.com.co en Pagos Confianza PC, regístrese con c.c. o nit y el dígito de verificación, seleccione la opción: PSE/tarjeta de crédito.

- En entidades bancarias y corresponsales: (con código de barras, presentando este cupón)

Bancos:
BBVA Davivienda Banco de Bogotá

Corresponsales bancarios:
Corresponsales bancarios de Bancolombia
Grupo Éxito-Carulla
Surtimax
Olímpica
Movilred
Grupo Gelsa
Corresponsal Daviplata-punto red
Otros consúltelos en nuestra página web.
Copidrogas
Red Cerca
EDEQ
Full recarga

(415)7709998911901(8020)0900431626

IMPORTANTE:

- Si se requiere pagar más de una póliza, genere su cupón de pago en www.confianza.com.co en Pagos Confianza PC, regístrese con c.c. o nit y el dígito de verificación y seleccione las pólizas en la opción: Cupón de pagos.
- Es importante que esté actualizado su correo electrónico ya que a este le llegará su recibo de caja en línea, si paga por estos medios.
- No se reciben pagos mixtos.
(*) el valor a pagar puede ser menor o igual al valor de la póliza. No se reciben valores mayores al estipulado en este cupón.

- BANCO -

Dirección para notificaciones: Calle 82 Nº 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C.- Colombia. centrodecontacto@confianza.com.co

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 15:39:58 horas del 30/10/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1234791116,**
Apellidos y Nombres **RICO CABRERA MONICA DAYANA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS**, con NIT **842000004-4** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

Área de Administración de Información Criminal

ENLACES DE INTERÉS

- Portal web DIJIN
- Consulta Antecedentes Judiciales
- Protección de Datos

SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES

© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN

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 viernes 30 de octubre de 2026, a las 15:49:22, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1234791116
Código de Verificación	1234791116261030154922

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

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 305687228

PIB
15:15:41

Bogotá DC, 30 de octubre del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) YADITH PALOMEQUE GUARDIA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1020495582:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 03:16:16 PM horas del 30/10/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1020495582**
Apellidos y Nombres: **PALOMEQUE GUARDIA YADITH**

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

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO

Todos los derechos reservados.

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, 30/10/2026 03:15:02 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1020495582** y Nombre: **YADITH PALOMEQUE GUARDIA.**

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. **150666712** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

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

GOV.CO

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 1234791116 **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 29/10/2026 04:30 PM

Código Verificación: **P7EJK29BTA**

Válida hasta: **29/01/2027**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) MONICA DAYANA RICO CABRERA identificado(a) con CC 1234791116 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 01/05/2019

Estado de la Afiliación: **Vigente**

IPS: **E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARRE?O**

Categoría: **A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 29 días del mes 10 del año 2026.

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

Observaciones:

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

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

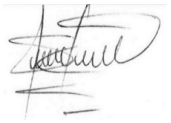
Powered by CamScanner

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MONICA DAYANA RICO CABRERA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1234791116,** se encuentra afiliado/a desde **28/02/2019** 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 06 de noviembre de 2026.



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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dra. Jazmin Rodriguez
Medicina general
Especialidad en Seguridad y Salud en el Trabajo
NIT 1127385841-1

Dirección: Cra. 7 No. 19-78 Arturo Bueno.
Puerto Carreño - Vichada, Colombia
Cel: 320 832 9293
E-mail: gissrodriguez22@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.391

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
08 DÍA	08 MES	2025 AÑO	PUERTO CARREÑO (VICHADA, COLOMBIA) Ciudad	CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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

PARTICULARES CONTADO	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS
Nombre de la empresa	Empresa en misión

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

RICO CABRERA MONICA DAYANA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	26 AÑOS 5 MESES 12 DÍAS	CC	1234791116
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AUXILIAR DE ENFERMERIA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

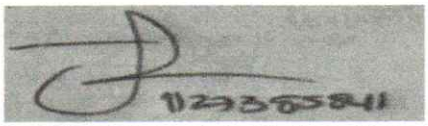
CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP : SEGUN EL ÁREA Y CARGO	HABITOS SALUDABLES
	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
	CAPACITACIÓN : ADAPTADO A SUS RIESGOS LABORALES	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico

Firma: 

Nombre: CC: 1127385841 - JAZMIN GISELA RODRIGUEZ

R. M.: 1127385841 L.S.O.: 006-022024

Código de Seguridad
X1573D1J1391

Aspirante o Trabajador

Firma: _____

Nombre: RICO CABRERA MONICA DAYANA

CC: 1234791116

BBVA

Creando Oportunidades

BBVA Colombia NIT 860.003.020-1 Certifica

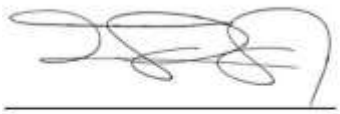
Que nuestro(a) cliente MONICA DAYANA RICO CABRERA, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1,234,791,116 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 735284069 aperturada el 30 de junio de 2022 cuenta ACTIVA y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, el 02 de marzo de 2026.

Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos:	0735284069
Cuenta de 16 dígitos:	0735000200284069
Cuenta de 20 dígitos:	00130735000200284069

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E Puerto Carreño – Vichada	**E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS** **GESTION DEL TALENTO HUMANO** **AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**	Versión 01 Código GTH-FT-86 Fecha: 30/06/2026 Página **1** de **1**

Autorización para el tratamiento de datos personales
Contratación de prestación de Servicios Profesionales y de Apoyo a la Gestión

Yo, MONICA DAYANA RICO CABRERA identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1234791116 expedida en VILLAVICENCIO, por medio del presente y de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Departamento Administrativo de la Función Pública, para que realice la recolección y tratamiento de mis datos personales que suministro de manera veraz y completa, los cuales serán utilizados para los diferentes aspectos relacionados con la contratación de prestación de servicios de la Entidad.

Igualmente, manifiesto que de conformidad con el artículo 56 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo - Ley 1437 de 2011 modificado por el artículo 10 de la Ley 2080 de 2021, autorizo expresamente al Departamento Administrativo de la Función Pública a remitir notificaciones electrónicas al correo electrónico institucional que se me llegare asignar una vez inicié la ejecución contractual o al registrado por el suscrito en la herramienta SECOP II.

Por lo anterior, autorizo y acepto recibir notificaciones a través de medios electrónicos. De igual manera manifiesto que la presente autorización me fue solicitada y puesta de presente antes de entregar mis datos y que la suscribo de forma libre y voluntaria una vez leída en su totalidad.

Firma: 

Nombre: MONICA DAYANA RICO CABRERA

Identificación: 1234791116

Fecha: 06/11/2026

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

Mónica Dayana Rico Cabrera

CC 1234791116 de Villavicencio - Meta

Realizó y aprobó el Curso Misión Médica
con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-08-19
Fecha de vencimiento: 2027-08-19

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

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

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Powered by CamScanner

Verifica este certificado en www.modelorecursivoformacional.com/verificacion/

Certieducación

Modelo Recursivo Formacional MORFO
Entidad Emisora NIT: 1069731024 - 5

Bajo el Código Único Interno 7RTDYXE3CV, constamos que

Monica Dayana Rico Cabrera

Con Cédula de Ciudadanía (CC) N. 1234791116

Participó y finalizó el programa Básico de

Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)

con 45 horas de intensidad y un año de vigencia

a partir del día 21 de Agosto de 2026

CUI: 7RTDYXE3CV

Verifica este certificado en
modelorecursivoformacional.com

333 401 44 93

Alejandra Pinilla

Alejandra Pinilla
Directora

Profesional en Salud
RM 1010012384

Este documento acredita la participación en un programa de Educación Informal. De conformidad con la normatividad colombiana vigente, estos programas únicamente dan lugar a la expedición de una constancia de asistencia y no conducen a título alguno ni a certificado de aptitud ocupacional. Más información en www.modelorecursivoformacional.com.

Verifica este certificado en www.modelorecursivoformacional.com/verificacion/

Verifica este certificado en www.modelorecursivoformacional.com/verificacion/

Certieducación

Modelo Recursivo Formacional MORFO
Entidad Emisora NIT: 1069731024 - 5

Bajo el Código Único Interno FGEV87SP95, constamos que

Monica Dayana Rico Cabrera

Con Cédula de Ciudadanía (CC) N. 1234791116

Participó y finalizó el programa Básico de

Soporte Vital Básico (BLS-SVB-RCP)

con 45 horas de intensidad y un año de vigencia

a partir del día 21 de Agosto de 2026

CUI: FGEV87SP95

Verifica este certificado en
modelorecursivoformacional.com

333 401 44 93

Alejandra Pinilla

Alejandra Pinilla
Directora

Profesional en Salud
RM 1010012384

Este documento acredita la participación en un programa de Educación Informal. De conformidad con la normatividad colombiana vigente, estos programas únicamente dan lugar a la expedición de una constancia de asistencia y no conducen a título alguno ni a certificado de aptitud ocupacional. Más información en www.modelorecursivoformacional.com.

Verifica este certificado en www.modelorecursivoformacional.com/verificacion/

Verifica este certificado en www.modelorecursivoformacional.com/verificacion/

Certieducación

Modelo Recursivo Formacional MORFO
Entidad Emisora NIT: 1069731024 - 5

Bajo el Código Único Interno GY4U28QVSN, constamos que

Monica Dayana Rico Cabrera

Con Cédula de Ciudadanía (CC) N. 1234791116

Participó y finalizó el programa Básico de

Atención Integral en Salud a Víctimas de Violencia de Género y Abuso Sexual (VVS)

con 45 horas de intensidad y un año de vigencia

a partir del día 21 de Agosto de 2026

CUI: GY4U28QVSN

Verifica este certificado en
modelorecursivoformacional.com

333 401 44 93

Alejandra Pinilla
Directora

Profesional en Salud
RM 1010012384

Este documento acredita la participación en un programa de Educación Informal. De conformidad con la normatividad colombiana vigente, estos programas únicamente dan lugar a la expedición de una constancia de asistencia y no conducen a título alguno ni a certificado de aptitud ocupacional. Más información en www.modelorecursivoformacional.com.

Verifica este certificado en www.modelorecursivoformacional.com/verificacion/

Certieducación
NIT: 1069731024-5

Bajo el Código Único Interno RH4CH7YH9D certifica que

Monica Dayana Rico Cabrera

Con Cédula de Ciudadanía (CC) N. 1234791116

Finalizó exitosamente el curso Básico de

Toma, Transporte y Conservación de Muestras de Laboratorio Clínico (TML)

con 45 horas de intensidad y un año de vigencia

a partir del día 16 de Enero de 2026

CÚI: RH4CH7YH9D

Puedes verificar la validez de este certificado

www.certieducacion.com
321 219 95 93

Alejandra Pinilla

Representante Legal
NIT: 1069731024-5

Profesional en Salud
RM 1010012384

El presente certificado se expide bajo el marco normativo de la educación informal y no conduce a título alguno o certificado de aptitud ocupacional.
Puedes conocer toda la normativa que se cumple en este certificado desde www.certieducacion.com/legalidad/

Verifica este certificado en www.modelorecursivoformacional.com/verificacion/

Certieducación

Modelo Recursivo Formacional MORFO
Entidad Emisora NIT: 1069731024 - 5

Bajo el Código Único Interno 94S7MRY8NK, constamos que

Monica Dayana Rico Cabrera

Con Cédula de Ciudadanía (CC) N. 1234791116

Participó y finalizó el programa Básico de

Calidad en la Atención y Seguridad de las Personas

con 45 horas de intensidad y un año de vigencia

a partir del día 21 de Agosto de 2026

CUI: 94S7MRY8NK

Verifica este certificado en
modelorecursivoformacional.com

333 401 44 93

Alejandra Pinilla

Alejandra Pinilla
Directora

Profesional en Salud
RM 1010012384

Este documento acredita la participación en un programa de Educación Informal. De conformidad con la normatividad colombiana vigente, estos programas únicamente dan lugar a la expedición de una constancia de asistencia y no conducen a título alguno ni a certificado de aptitud ocupacional. Más información en www.modelorecursivoformacional.com.

Verifica este certificado en www.modelorecursivoformacional.com/verificacion/

Certieducación
NIT: 1069731024-5

Bajo el Código Único Interno 8JTYGNAGVY certifica que

Monica Dayana Rico Cabrera

Con Cédula de Ciudadanía (CC) N. 1234791116

Finalizó exitosamente el curso Básico de

Transfusión Sanguínea

con 45 horas de intensidad y un año de vigencia

a partir del día 16 de Enero de 2026

CÙI: 8JTYGNAGVY

Puedes verificar la validez de este certificado

www.certieducacion.com
321 219 95 93

Alejandra Pinilla

Representante Legal
NIT: 1069731024-5

Profesional en Salud
RM 1010012384

El presente certificado se expide bajo el marco normativo de la educación informal y no conduce a título alguno o certificado de aptitud ocupacional.
Puedes conocer toda la normativa que se cumple en este certificado desde www.certieducacion.com/legalidad/

Certieducación
NIT: 1069731024-5

Bajo el Código Único Interno J9AZRDKETP certifica que

Monica Dayana Rico Cabrera

Con Cédula de Ciudadanía (CC) N. 1234791116

Finalizó exitosamente el curso Básico de

Limpieza y Desinfección

con 45 horas de intensidad y un año de vigencia

a partir del día 16 de Enero de 2026

CÚI: J9AZRDKETP

Puedes verificar la validez de este certificado

www.certieducacion.com
321 219 95 93

Alejandra Pinilla

Representante Legal
NIT: 1069731024-5

Profesional en Salud
RM 1010012384

El presente certificado se expide bajo el marco normativo de la educación informal y no conduce a título alguno o certificado de aptitud ocupacional.
Puedes conocer toda la normativa que se cumple en este certificado desde www.certieducacion.com/legalidad/

Certieducación
NIT: 1069731024-5

Bajo el Código Único Interno KM7SUXCMN5 certifica que

Monica Dayana Rico Cabrera

Con Cédula de Ciudadanía (CC) N. 1234791116

Finalizó exitosamente el curso Básico de

Gestión del Duelo en el Área de la Salud (GDS)

con 45 horas de intensidad y un año de vigencia
a partir del día 16 de Enero de 2026

CÚI: KM7SUXCMN5

Puedes verificar la validez de este certificado

www.certieducacion.com
321 219 95 93

Alejandra Pinilla

Representante Legal
NIT: 1069731024-5

Profesional en Salud
RM 1010012384

El presente certificado se expide bajo el marco normativo de la educación informal y no conduce a título alguno o certificado de aptitud ocupacional.
Puedes conocer toda la normativa que se cumple en este certificado desde www.certieducacion.com/legalidad/

Verifica este certificado en www.modelorecursivoformacional.com/verificacion/

Certieducación

Modelo Recursivo Formacional MORFO
Entidad Emisora NIT: 1069731024 - 5

Bajo el Código Único Interno W8DJ7Z5VLY, constamos que

Monica Dayana Rico Cabrera

Con Cédula de Ciudadanía (CC) N. 1234791116

Participó y finalizó el programa Básico de

Humanización en la Prestación de los Servicios de Salud

con 45 horas de intensidad y un año de vigencia

a partir del día 21 de Agosto de 2026

CUI: W8DJ7Z5VLY

Verifica este certificado en
modelorecursivoformacional.com

333 401 44 93

Alejandra Pinilla

Alejandra Pinilla
Directora

Profesional en Salud
RM 1010012384

Este documento acredita la participación en un programa de Educación Informal. De conformidad con la normatividad colombiana vigente, estos programas únicamente dan lugar a la expedición de una constancia de asistencia y no conducen a título alguno ni a certificado de aptitud ocupacional. Más información en www.modelorecursivoformacional.com.

Verifica este certificado en www.modelorecursivoformacional.com/verificacion/

Verifica este certificado en www.modelorecursivoformacional.com/verificacion/

Certieducación

Modelo Recursivo Formacional MORFO
Entidad Emisora NIT: 1069731024 - 5

Bajo el Código Único Interno 5A69ZTP3EU, constamos que

Monica Dayana Rico Cabrera

Con Cédula de Ciudadanía (CC) N. 1234791116

Participó y finalizó el programa Básico de

Atención Integral en Salud a Víctimas de Ataques con Agentes Químicos (AQS)

con 45 horas de intensidad y un año de vigencia

a partir del día 21 de Agosto de 2026

CUI: 5A69ZTP3EU

Verifica este certificado en
modelorecursivoformacional.com

333 401 44 93

Alejandra Pinilla

Alejandra Pinilla
Directora

Profesional en Salud
RM 1010012384

Este documento acredita la participación en un programa de Educación Informal. De conformidad con la normatividad colombiana vigente, estos programas únicamente dan lugar a la expedición de una constancia de asistencia y no conducen a título alguno ni a certificado de aptitud ocupacional. Más información en www.modelorecursivoformacional.com.

Verifica este certificado en www.modelorecursivoformacional.com/verificacion/

f71b6985-8eaa-4a1c-aa11-6f55111cc63f

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

MONICA DAYANA RICO CABRERA

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: 95,00 %

28 de enero de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

FIU Robert Stempel College of Public Health & Social Work
Florida International University

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=f71b6985-8eaa-4a1c-aa11-6f55111cc63f

Certieducación
NIT: 1069731024-5

Bajo el Código Único Interno TAHAQEX6JJ certifica que

Monica Dayana Rico Cabrera

Con Cédula de Ciudadanía (CC) N. 1234791116

Finalizó exitosamente el curso Básico de

Consejería en Lactancia Materna

con 45 horas de intensidad y un año de vigencia

a partir del día 16 de Enero de 2026

CÚI: TAHAQEX6JJ

Puedes verificar la validez de este certificado

www.certieducacion.com
321 219 95 93

Alejandra Pinilla

Representante Legal
NIT: 1069731024-5

Profesional en Salud
RM 1010012384

El presente certificado se expide bajo el marco normativo de la educación informal y no conduce a título alguno o certificado de aptitud ocupacional.
Puedes conocer toda la normativa que se cumple en este certificado desde www.certieducacion.com/legalidad/

Carné Digital de Vacunación Colombia

Salud

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

Nombres y apellidos / Full name: **MONICA DAYANA RICO CABRERA**

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

Número de identificación / ID Number: **1 2 3 4 7 9 1 1 1 6**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **25/02/1999**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **313708067**

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

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Día / Day	Mes / Month	Año / Year				
Hepatitis B Adultos Particular	Primera	14	4	2018		1434021	SAN MARTIN IPS VACUNAR OLAYA SAS	KATIA YUDIT PINEDA ARIAS
Hepatitis B Adultos Particular	Segunda	14	12	2018		UFX18005	Cruz Roja Colombiana S.Meta	YEZMI CHAVARRIA
COVID PFIZER	Primera	6	3	2021		EN1195	PUERTO CARREÑO ESE HOSP DPTA SAN JUAN DIOS	Norma elena Altamar
COVID PFIZER	Segunda	27	3	2021		ER1742	PUERTO CARREÑO ESE HOSP DPTA SAN JUAN DIOS	Norma elena Altamar
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	30	7	2021		V50221006	PUERTO CARREÑO ESE HOSP DPTA	leidy milena pulido ortiz
Fiebre Amarilla	Única	1	9	2021		R3N101V	PUERTO CARREÑO ESE HOSP DPTA	DAVID PULIDO
TD Adulto	Segunda	4	10	2021		2338L024F	PUERTO CARREÑO ESE HOSP DPTA	daisy liliana rojas rodriguez
COVID MODERNA	Primer Refuerzo	27	11	2021	MODERNA SWITZERLAND GMBH	940875	PUERTO CARREÑO ESE HOSP DPTA SAN JUAN DIOS	LUDIS MABEL ROJAS ESTEVES
COVID PFIZER	Segundo Refuerzo	23	8	2022	PFIZER	PCA0076	PUERTO CARREÑO ESE HOSP DPTA SAN JUAN DIOS	BERTILDA ESTHER VILLAR ARDILA
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	23	8	2022		V50222005	HDSJDD	BERTILDA VILLAR
TD Adulto	Cuarta	4	4	2023	Serum	2330L021C	PUERTO CARREÑO ESE HOSP DPTA SAN JUAN DIOS	YESENIA CABRERA NAVARRO
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	26	6	2024	Green Cross	V50524003	PUERTO CARREÑO ESE HOSP DPTA SAN JUAN DIOS	WILSON ANTONIO MAZO GUZMAN
TD Adulto	Quinta	26	6	2024	Serum	2332L004B	PUERTO CARREÑO ESE HOSP DPTA SAN JUAN DIOS	WILSON ANTONIO MAZO GUZMAN

Influenza Anel Unica 19 08 25 Green Cross V50525003 HSM Yumbe. Alma

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

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

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

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

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

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

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

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

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	06-03 2021	Pfizer	EN1195	HSJD	Norma Altamar	1.104.127.878
	2	27-03 2021	Pfizer	ER1742	HSJD	Norma Altamar	1.104.127.878
	RF	27-11 2021	Moderna	940875	HSJD	Leidy Pulido	1.129.385.429

2 RF 238-22 PFIZER PCA0076 HSJD Bertilda V 49798249

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO VICHADA VACUNACIÓN HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampion - Rubeola	Única			
Fiebre Amarilla	Única	01-9-21	N3N10	David P
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	1-9-21	2338L024F	David P
	2	4-10-21	2338L024F	Liliana C
	3	4-4-22	2330L621C	Mabel P
	4	4-4-23	2331L024B	Yesenia C
	5	26-06-24	2332L04B	Wilson Mazo
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1	14-04-18	1434021	Katia Pineda
	2	14-12-18	OEX19005	Yeami Chavarro
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	4-5-20	V50220007	Amelia
		30-7-21	V50221006	Leidy P
Otras		238-22	V50220005	Bertilda V
		26-06-24	V50524003	Wilson M.

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1	29-7-23	AC37B391A	Yesenia C.
	2	13-10-26	431K41	Cleta Garcia
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	Anual	29-7-23	V50523004	Yesenia P.
	Anual	13-10-26	V50526001	Cleta Garcia
Covid 19	1ra			
	2a			
	1er Ref.			
	2do Ref.			
Otras				

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO VICHADA VACUNACIÓN HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

CITA a las 28 semanas.

Powered by CamScanner

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Monica Dayana

Apellidos: Rico Cabrera

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro cuál

No. 1.234.791.116

Fecha de nacimiento: Día 23 Mes 02 Año 1999

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Monica Dayana

Apellidos: Rico Cabrera

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1234791116

Fecha de nacimiento: Día 25 Mes 02 Año 1999

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Monica Dayana

Apellidos: Rico Cabrera

Documento de identidad: C.C. X C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.

Número de documento: 1234791116

Fecha de nacimiento: Día 25 Mes 02 Año 1999

Powered by CamScanner