	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	JANITH GISELA HERNANDEZ TORRES	**Fecha**	01 - nov / 2026

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			4
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			10
22	Rut (Vigente).	X			1
23	Póliza de Responsabilidad Civil Médica y/o Documento Equivalente (Área Asistencial).	X			4
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:	JANITH GISELA HERNANDEZ TORRES			**Contacto:**	3228169585
Identificación:	**Tipo Documento:**	CC	**N°. Documento:**	1.006.952.687	
Profesión / Oficio:	AUXILIAR DE ENFERMERIA			**Municipio:**	Cumaribo
Correo Eléctronico	hernandezjanithgisela@gmail.com			**Fecha**	1/11/2026
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	SI
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	SI
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 12 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 INTRAMURALES DEL SERVICIO INTEGRADO DE ATENCION Y PREVENCION A LA DESNUTRICION, DEL MUNICIPIO DE PUERTO CARREÑO; CONVENIO INTERADMINISTRATIVO N° 99002342026 DEL AÑO 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. Suministrar los micronutrientes y alimentación individual, definida según indicación médica y nutricional.
2. Realizar diariamente la toma de datos antropométricos, a través de procedimiento estandarizado.
3. Realizar diariamente (dos veces al día), la toma y registro de signos vitales (temperatura corporal, frecuencia cardíaca o pulso radial), seguimiento al número de deposiciones, presencia de vómito (consistencia, color, frecuencia, olor, entre otros); registrando las variables de signos vitales e ingesta de alimentos y comunicando de manera oportuna a los profesionales, presuntas irregularidades.
4. Realizar el monitoreo a la ingesta de la alimentación definida (líquidos y alimentos ingeridos y eliminados).
5. Orientar a los cuidadores y monitorear actividades de aseo personal a los niños.
6. Orientar al padre o cuidador en el desarrollo de actividades de estimulación psicomotriz a los niños, durante las actividades diarias (baño, alimentación, vestido, etc.) según las orientaciones del profesional psicosocial.
7. Promover la lactancia materna y apoyar el reinicio de esta (en los casos que aplique), cuando se haya suspendido, de acuerdo con las orientaciones del nutricionista.
8. Apoyar las acciones complementarias de acuerdo con las orientaciones para el suministro de la alimentación otorgada y suministrada.
9. Participar mínimo una vez a la semana, en el estudio de caso con el equipo interdisciplinario, para los casos identificados en la evolución interdisciplinaria diaria que requieren especial atención y soportando dichas acciones.
10. Velar por el adecuado almacenamiento y uso de los equipos antropométricos.
11. Apoyar las actividades diarias según las directrices establecidas para el desarrollo en la recuperación nutricional y la atención médica.

12. Verificar y dar seguimiento a la aplicación de los programas establecidos en el plan de saneamiento básico.
13. Elaboración mensual de cronograma de trabajo, que contenga actividades del plan de trabajo y su ejecución.
14. Participación en la elaboración de informe mensual, acorde a cronograma del plan de trabajo.
15. El contratista, deberá portar carné de la ese, durante la ejecución de las actividades laborales.
16. En virtud de la ejecución del contrato, el(la) contratista deberá realizar actividades de campo según las indicaciones de la supervisión del contrato, sin que ello implique subordinación ni dependencia, sino que corresponden a acciones propias de la coordinación de la ejecución contractual.
17. 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
18. Y otras actividades asignadas o solicitadas por el supervisor del contrato.

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.

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 servicio Integrado de Atención y Prevención de la Desnutrición

Cordialmente:



JANITH GISELA HERNANDEZ TORRES
CC: 1.006.952.687
Correo: hernandezjanithgisela@gmail.com
Celular: 3142519

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
HERNANDEZ	TORRES	JANITH GISELA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1006952687	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 02 MES 04 AÑO 2001

PAÍS COLOMBIA

DEPTO VICHADA

MUNICIPIO CUMARIBO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 1A BIS A ESTE 1B 1 ESTE BARRIO ALCARABAN

PAÍS COLOMBIA DEPTO VICHADA

MUNICIPIO CUMARIBO

TELÉFONO 3142516193 EMAIL hernandezjanithgisela@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	EDUCACION MEDIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2018
										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).

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
INSTITUTO DE CAPACITACION INTEGRAL INCI	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO		X		AUXILIAR EN ENFERMERIA	08	2021

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*

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN 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	17	*Mes*	09	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	12	*Año* 2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL						*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* CUMARIBO				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	28	*Mes*	10	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	12	*Año* 2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL						*DIRECCIÓN* CALLE 18 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 asociacion asoavanzar			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO VICHADA	*MUNICIPIO* CUMARIBO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	27	*Mes*	12	*Año* 2022	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* 1000 DIAS PARA CAMBIAR EL MUND					*DIRECCIÓN* CALLE 12 9 15					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD ASOCIACION AGROIMPULSO DEL CHOCO			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO VICHADA	*MUNICIPIO* CUMARIBO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	22	*Mes*	10	*Año* 2021	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* 1000 DIAS PARA CAMBIAR EL MUND					*DIRECCIÓN* CALLE 12 9 15					

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA			*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*						
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día:		*Mes:*		*Año:*	*Día:*		*Mes:*		*Año:*	
AREA DE CONOCIMIENTO	*NIVEL EDUCATIVO*					*DIRECCIÓN*					

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	5
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	1
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

8 **FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Cumaribo vichada, 06 de noviembre de 2026

GISELA H.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 **OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS**

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Función Pública

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2026-09-04 14:51

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
JANITH	GISELA	HERNANDEZ	TORRES

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1006952687

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	VICHADA	Municipio	CUMARIBO

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	VICHADA	Municipio	CUMARIBO

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	$15.714.552,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$15.714.552,00

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	$500.000,00

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 [X] No [ ]

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
DANIEL	STIVEN	RONCANCIO	GAITAN

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 1125004232

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, 12 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 **JANITH GISELA HERNANDEZ TORRES**, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.006.952687 expedida en Cumaribo, 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 (x) NO ( )**

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 (x) NO ( )**

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

4. Los ingresos totales en el 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 de 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,

GISELA H.

CC 1.006.952.687 de

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



NUIP 1.006.952.687

Apellidos
HERNANDEZ TORRES

Nombres
JANITH GISELA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.56

Sexo
F

Fecha de nacimiento
02 ABR 2001

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
CUMARIBO (VICHADA)

Fecha y lugar de expedición
06 MAYO 2019, CUMARIBO

Fecha de expiración
01 SEPT 2033

Firma

Gisela Hernandez

.CO

0264708 23

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL0264708236720O6<<<<<<<<<<<
0104023F3309014COL1006952687<3
HERNANDEZ<TORRES<<JANITH<GISEL

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 *

1006952687

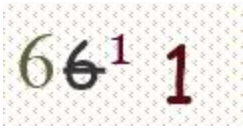
Primer Nombre

JANITH

Primer Apellido

HERNANDEZ

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

8562

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2026-11-10→8:32:25 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación
CC	1006952687	JANITH	GISELA	HERNANDEZ	TORRES	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) JANITH GISELA HERNANDEZ TORRES identificado(a) con CC 1006952687 registra La siguiente información:

2026-11-10→8:32:25 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	AUXILIAR EN ENFERMERIA	2021-09-01	25186	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

Libertad y Orden

La República de Colombia
El Ministerio de Educación Nacional
Y en su nombre

LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA INTERNADO SANTA TERESITA DEL TUPARRO

Aprobado por la Secretaría de Educación y Cultura del Departamento de Vichada, Mediante Decretos No. 0341 de Octubre 4 de 2004 y 445 de Diciembre 21 de 2012.

Confiere a:

HERNÁNDEZ TORRES JANITH GISELA

Identificada con T.I. Nº 1.006.952.687 de Cumaribo (Vichada)

El título de

BACHILLER EN PROMOCIÓN SOCIAL

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

INSTITUCIÓN EDUCATIVA
SANTA TERESITA DEL TUPARRO

INSTITUCIÓN EDUCATIVA
SANTA TERESITA DEL TUPARRO

Powered by CamScanner

INSTITUCIÓN EDUCATIVA INTERNADO SANTA TERESITA DEL TUPARRO

INSCRIPCIÓN S.E. 021
DANE 499001001919-1

ACTA DE GRADO

En Santa Teresita del Tuparro, a los 16 días del mes de Noviembre de 2018, se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría de la ***INSTITUCIÓN EDUCATIVA INTERNADO SANTA TERESITA DEL TUPARRO,*** Institución Aprobada hasta ***UNDÉCIMO*** en el Nivel de Educación Media Técnica y autorizada por la Secretaría de Educación de Vichada para otorgar el título de Bachiller en la Modalidad ***PROMOCIÓN SOCIAL*** según Resoluciones Nº. 0173 de Noviembre 04 de 1993 y 0231 de Mayo 09 de 1996, y Decretos Nº. 0341 de Octubre 4 de 2004 y 445 de Diciembre 21 de 2012.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Técnica, se procedió a otorgar el **TÍTULO DE BACHILLER "EN PROMOCIÓN SOCIAL"** al graduando cuyos Apellidos, Nombres y Documento de Identidad se relacionan a continuación:

HERNÁNDEZ TORRES JANITH GISELA

Identificada con T. I. Nº. 1.006.952.687 de Cumaribo (Vichada)

Es fiel copia tomada del Acta Original Nº 026 de fecha Noviembre 16 de 2018, que consta de ***CUARENTA Y SEIS (46)*** alumnos que comienza con el nombre de ***ALDANA CASTRO LUZ MARINA*** y se cierra con el nombre de ***VARGAS MANCIPE HECTOR ROYMAN.***

Original firmado y sellado por Edgar Correa Vargas (Rector) y Yomara Almario (Secretaria).

Dada en Santa Teresita del Tuparro, Cumaribo - Vichada a los 16 días del mes de Noviembre de 2018.

INSTITUCIÓN EDUCATIVA SANTA TERESITA DEL TUPARRO
RECTOR
CUMARIBO - VICHADA

Edgar Correa Vargas
C.C. 10.258.734 de Manizales (Caldas)
Rector

Firmado y sellado

Yomara Almario
C.C. 40.411.562 de Vistahermosa (Meta)
Secretaria

Firmado y sellado

INSTITUCIÓN EDUCATIVA SANTA TERESITA DEL TUPARRO
SECRETARIA
CUMARIBO - VICHADA

Powered by CamScanner

La República de Colombia
Departamento del Meta

y en su nombre

El Instituto de Capacitación Integral Inci Ltda Villavicencio

Entidad de formación para el trabajo y el desarrollo humano

Nit: 830.504.539 - 2

Aprobado según acuerdo del Ejecutivo Nacional CATH del Ministerio de la Protección Social No 038 5/12/2008
Resolución de aprobación No 0063 del 10/02/2009 y renovado con resolución 1062-1 del 16/04/2015
de la Secretaría de Educación Municipal

Confiere a:

Janith Gisela Hernández Torres

C.C. No 1.006.952.687 de Cumaribo – Vichada

El presente Certificado en:
Técnico Laboral por Competencias en

Auxiliar en Enfermería

Por haber culminado sus estudios y cumplido los requisitos académicos exigidos
con una intensidad de 1800 horas

Dado en Villavicencio a los 27 días del mes de Agosto de 2021
anotado en el libro de registro No XV Folio No 1-1262

Director(a) General

Secretaria Académica

Certificación: Formación para el trabajo y el desarrollo Humano a través del programa Técnico Laboral Auxiliar en Enfermería

Powered by CamScanner

INSTITUTO DE CAPACITACIÓN INTEGRAL
INCI LTDA

Entidad de formación para el trabajo y el desarrollo humano

Aprobado según acuerdo del Ejecutivo Nacional CITH del Ministerio de la Protección Social No 038 5/12/2008
Resolución de aprobación No 0065 del 10/02/2009 y renovado con resolución 1062-1 del 16/04/2015
de la Secretaría de Educación Municipal Nit: 830.504.539 - 2

FORMATO ACTA INDIVIDUAL DE CERTIFICACIÓN A ALUMNOS

CÓDIGO: FO GD 007	VERSIÓN: 03	FECHA: 30/11/2020	PAGINA: 1	TIPO DE COPIA: Controlada

EL PORTADOR DE ÉSTA INFORMACIÓN NO ESTÁ AUTORIZADO A SACAR COPIAS

INSTITUTO DE CAPACITACIÓN INTEGRAL INCI LTDA
NIT: 830.504.539 - 2
"Entidad de formación para el trabajo y el desarrollo humano (ley 1064 de 2006)"

ACTA INDIVIDUAL DE CERTIFICACIÓN N° 1262

En la ciudad de Villavicencio a los 27 días del mes de agosto del 2021 se reunieron las suscritas Directora General y Secretaria Académica en la dirección del **INSTITUTO DE CAPACITACIÓN INTEGRAL INCI LTDA ENTIDAD DE FORMACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO** con el fin de formalizar la certificación de los alumnos que cursaron y aprobaron el programa **"AUXILIAR EN ENFERMERÍA".** Institución aprobada por competencias laborales, mediante acuerdo ejecutivo del CITH del Ministerio de la Protección Social No 038 del 5 de Diciembre de 2008, con resolución de aprobación No 0065 del 10 de febrero de 2009 y renovada con resolución 1062-1 de abril 16 de 2015 expedidas por la Secretaría de Educación Municipal de Villavicencio - Meta, autorizada para otorgar el **CERTIFICADO EN TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA,** al egresado(a) cuyos apellidos, nombres y número de documento de identidad se relaciona a continuación:

Janith Gisela Hernández Torres
C.C. No 1.006.952.687 de Cumaribo – Vichada

Es fiel copia tomada de su acta original No 038 de fecha 27 de agosto de 2021 que consta de 25 alumnos certificados que comienza con el nombre de ALARCÓN CANO JOAN SEBASTIAN y se cierra con ZARTA GALLO LAURA YOLANDA, firmada y sellada por **GLADYS MERY MARTÍN BERNAL** Directora General y **NANCY CALDERÓN MORA** Secretaria Académica.

Dada en Villavicencio, Meta a los 27 días del mes de Agosto del año 2021.

FIRMADO

DIRECCIÓN GENERAL

GLADYS MERY MARTÍN BERNAL
C.C. No 23.693.923 de Macanal - Boyacá
Directora General

SECRETARIA GENERAL

NANCY CALDERÓN MORA
C.C. No 40.381.203 de Villavicencio - Meta
Secretaria Académica

Libro de Actas No XV
Folio No 1-1262

Powered by CamScanner

AL SERVICIO DE LA GENTE

RESOLUCIÓN NÚMERO 25186
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 JANITH GISELA HERNANDEZ TORRES con cédula de ciudadanía número 1.006.952.687 expedida en Cumaribo, solicitó ante esta Secretaría autorización para ejercer como Auxiliar en Enfermería, según Certificado de Técnico Laboral expedido por el Instituto de Capacitación Integral el 27 de agosto de 2021.

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 JANITH GISELA HERNANDEZ TORRES con cédula de ciudadanía número 1.006.952.687 expedida en Cumaribo, 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, septiembre 01 de 2021

MIGUEL GIOVANNI BELTRAN KNORR
Secretario de Salud

Revisó: Zandra Yarley Rojas Bonilla
Gerente de Calidad Inspección y Vigilancia de los Servicios

Elaboró: Gloria Castañeda – Auxiliar Adtvo.

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:

JANITH GISELA HERNANDEZ TORRES

C.C 1.006.952.687

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., 04 de noviembre 2026

Luz Daifenis Arango Rivera

Directora de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 765801604206

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:

JANITH GISELA HERNANDEZ TORRES

C.C 1.006.952.687

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., 04 de noviembre 2026

Luz Daifenis Arango Rivera

Directora de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 765801604000

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:

JANITH GISELA HERNANDEZ TORRES

C.C 1.006.952.687

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., 04 de noviembre 2026

Luz Daifenis Arango Rivera

Directora de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 7658016043161

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:

JANITH GISELA HERNANDEZ TORRES

C.C 1.006.952.687

Participó y completó el curso virtual

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 04 de noviembre 2026

Francisco Camargo Salas
Director de Empleo Público

Código: 765802188000

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: **JANITH GISELA HERNÁNDEZ TORRES,** identificada con la cedula de ciudadanía N° **1.006.952.687** 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 CUMARIBO; 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°:	**2098**
Plazo De Ejecución:	17 de septiembre al 31 de diciembre

Que en cumplimiento del objeto de los contratos anteriormente relacionados **JANITH GISELA HERNÁNDEZ TORRES,** 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: *PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL MODELO INTEGRADO DE ATENCION Y PREVENCION DE LA DESNUTRICION DEL MUNICIPIO DE CUMARIBO EN EL MARCO DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO N°001 VIGENCIA 2024, CELEBRADO ENTRE EL ICBF Y EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS ESE*

Año 2024

Contrato Prestación de Servicios N°:	**2114**
Plazo De Ejecución:	28 de octubre al 31 de diciembre

Que en cumplimiento del objeto de los contratos anteriormente relacionados **JANITH GISELA HERNÁNDEZ TORRES,** cumple las siguientes actividades específicas:

1. Llevar a cabo la actividad de toma de medidas antropométricas, signos físicos de la desnutrición y brinda orientaciones en salud y enfermedades prevalentes de la infancia a la sujeta de atención.
2. Disponer de computador para la organización y consolidación de la información, durante la implementación del contrato.
3. Consolidar y organizar obtenida del proceso, donde se evidencie las referencias de localización de cada uno de los niños, niñas y mujeres gestantes habiten.
4. Disponer de computador en el cual pueda realizar informes, consolidar información, organizar evidencias requeridas durante la implementación de la etapa.
5. Entregar informes con evidencias, en las cuales se consolide todas las actividades y procesos realizados durante la aplicación de la etapa, según sea requerido por su jefe inmediato.
6. Articular con entidades interinstitucionales los posibles casos de vulneración o inobservancia con niños, niñas y mujeres gestantes.
7. Guardar con confidencialidad las casos e identidades de niños, niñas y mujeres gestantes, de acuerdo con la ley de habeas data Disponer de computador para la organización y consolidación de la información, durante la implementación del contrato.
8. Crear un cronograma mensual de las actividades que se ejecutaran y sus tiempos.
9. Apoya la identificación y búsqueda activa de potenciales usuarios de la unidad población objetivo.
10. Participar en las mesas, reuniones y talleres cuando sea requerido.
11. Cumplir con la asistencia y participación de los eventos de capacitación programados y desarrollados por los profesionales del equipo, la Entidad Administradora de Servicio o el ICBF.
12. Realizar el plan de atención y acompañamiento individual y familiar, con los integrantes del equipo interdisciplinario.
13. Participar en las mesas, reuniones y talleres cuando sea requerido.

14. Reporte de los informes que se requiera de la modalidad.
15. Reporte de la cuenta de cobro al supervisor.
16. Y demás actividades asignadas por el jefe inmediato según la naturaleza del contrato.

PROHIBICIONES ESPECIALES:

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:

• 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 rural o urbana. (donde requiera)
• 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.
• Abstenerse de 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.
• 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 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 urbana de conformidad con las directrices del manual operativo.

La presente certificación se expide en Puerto Carreño - Vichada, a los 09 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 APOYO OFICINA JURIDICA DE LA E.S.E

ASOAVANZAR
Asociación Avanzar
NIT: 900123224-6

CERTIFICACIÓN

LA ASOCIACION AVANZAR "ASOAVANZAR", certifica que la señora **JANITH GISELA HERNANDEZ TORRES**, identificada con cedula de ciudadanía **1.006.952.687,** laboró mediante un contrato por prestación de servicios con nuestra institución desde el **27 de Diciembre de 2022 hasta el 30 de diciembre del 2023**, como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en el departamento del **VICHADA**, municipio de **CUMARIBO**, en el marco de la implementación del programa **MIL DIAS PARA CAMBIAR EL MUNDO,** programa que hace parte del Instituto Colombiano De Bienestar Familiar **(ICBF).**

A continuación, se enuncian sus principales funciones:

- Apoyar la realización de la valoración del estado nutricional inicial para determinar el ingreso de las mujeres gestantes, niñas y niños.
- Establecer un Plan de Intervención Individual en conjunto con el equipo interdisciplinario para la atención de cada usuario
- Realizar el seguimiento nutricional a los usuarios con la periodicidad requerida por cada esquema de atención y teniendo en cuenta el Plan del Intervención Individualizado.
- Brindar orientaciones y realizar acompañamiento a las mujeres gestantes usuarios en: Alimentación durante la gestación y Promoción de la Lactancia Materna
- Brindar orientaciones y realizar acompañamiento a las familias de las niñas y niños usuarios en: promoción de la Lactancia Materna, adecuada introducción de la alimentación complementaria, alimentación saludable, detección de signos clínicos de desnutrición.
- Brindar orientaciones individualizadas a las familias de las niñas y niños usuarios que reciben Alimento Listo para el Consumo, encaminadas a inicio del suministro, tolerancia, porciones, horarios de suministro, almacenamiento, conservación y manipulación.

Powered by CamScanner

- Brindar orientaciones y realizar seguimiento a las familias para el consumo adecuado del Alimento Listo para el Consumo y la Ración Familiar para Preparar -RFPP.
- Realizar acompañamiento a los usuarios en el hogar de acuerdo con el Plan de Intervención Individualizada y a lo evidenciado en los seguimientos realizados por los gestores comunitarios.
- Apoyar el diseño e implementación de estrategias para llevar a cabo el componente de Hábitos de Estilos de Vida Saludables, en conjunto con el equipo interdisciplinario.
- Apoyar la búsqueda activa de usuarios para el ingreso a la modalidad, analizando la situación nutricional de la población y priorizando las áreas geográficas de intervención.
- Definir, realizar y participar en los estudios de caso para los usuarios que lo requieran.
- Capacitar a los gestores y profesionales de la modalidad en el seguimiento al consumo de la ración.
- Realizar toma de medidas antropométricas a los beneficiarios según lineamiento.
- Adelantar gestiones con las entidades del sistema nacional de bienestar familiar, para garantizar las atenciones en salud de los beneficiarios.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado en Cumaribo- Vichada, a los treinta y un (31) días del mes de diciembre de 2023.

Atentamente,

Robert E Cordoba Serna

ROBERT E. CORDOBA SERNA
Nombre del representante legal
C.C 11.802.999

Powered by CamScanner

La suscrita representante legal de la **ASOCIACIÓN AGRO IMPULSO DEL CHOCÓ** en uso de sus facultades legales y estatutarias

CERTIFICA QUE:

El/La señor(a), **JANIT GISELA HERNANDEZ TORRES,** identificado(a) con cédula de ciudadanía número **1.006.952.687** de Cumaribo, presta sus servicios profesionales como **AUXILIAR DE ENFERMERÍA, EN EL PROGRAMA DE NUTRICIÓN 1000 DIAS PARA CAMBIAR EL MUNDO SEGÚN CONTRATO DE APORTE NÚMERO 078 – 2021 SUSCRITO CON EL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR,** desde el 22 de octubre del 2021 hasta el 30 de noviembre del 2021, mediante un contrato de prestación de servicios realizando las siguientes funciones:

- 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.
- Realizar seguimiento para garantizar el cumplimiento al esquema de vacunación y la asistencia a la consulta de valoración integral, de acuerdo con la edad y curso de vida.
- Promover con las familias usuarias y la comunidad en general, la aplicación de la estrategia de Atención Integral 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.
- Apoyar acciones relacionadas con el fortalecimiento de capacidades que promuevan la autogestión y autonomía familiar.
- 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.
- Participar en la definición y ejecución de las acciones de estimulación sensorial y emocional a desarrollar con las niñas y niños usuarios de la modalidad.

Powered by CamScanner

- Participar y apoyar el desarrollo de estrategias para llevar a cabo el componente de Hábitos de Estilos de Vida Saludables.
- 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.
- Realizar seguimiento al estado de salud de las niñas, niños y mujeres gestantes usuarios de la modalidad.
- Realizar visitas al hogar acorde al plan de acompañamiento familiar elaborado mensualmente, registrando la atención realizada.
- Apoyar la remisión y seguimiento a las rutas de atención
- Apoyar la remisión y seguimiento a las rutas de atención en salud.
- Participar en las mesas, reuniones y talleres cuando sea requerido.

Para mayor constancia se expide en la ciudad de Quibdó, a los 10 días del mes de diciembre del 2021.

Atentamente,

DIOSANA PALACIOS BEJARANO
Representante Legal

Powered by CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141274630507

(415)7707212489984(8020) 000014127463050 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 0 6 9 5 2 6 8 7	7	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 0 0 6 9 5 2 6 8 7	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Vichada 9 9	Cumaribo 7 7 3

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
HERNANDEZ	TORRES	JANITH	GISELA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Vichada 9 9	Cumaribo 7 7 3

41. Dirección principal
VDA PUERTO COLOMBIA

42. Correo electrónico hernandezjanithgisela@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

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

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2026-09-03 / 11:26:06AM

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 HERNANDEZ TORRES JANITH GISELA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

Somos la Decimoprimera Mejor Empresa para Trabajar en Colombia — Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar COLOMBIA 2025
Somos la Novena Mejor Empresa para Trabajar en América Latina — Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar AMÉRICA LATINA 2021

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
5402200280

PÓLIZA No: 540 -89 - 994000016910 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: **MONTERÍA** COD. AGE: 540 RAMO: 89 PAP:

	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
FECHA DE EXPEDICIÓN	04	09	2026		
VIGENCIA DESDE	04	09	2026	23:59	
VIGENCIA HASTA	04	09	2027	23:59	365
FECHA DE IMPRESIÓN	04	09	2026		

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL** TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO EXPEDICION

VIGENCIA DEL ANEXO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
VIGENCIA DESDE	04	09	2026	23:59	
VIGENCIA HASTA	04	09	2027	23:59	365

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:: **JANITH GISELA HERNANDEZ TORRES** IDENTIFICACIÓN: CC **1006.952.687**
DIRECCIÓN: CL 7A N 8-64 CIUDAD: CUMARIBO, VICHADA TELÉFONO: 3142516193

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **JANITH GISELA HERNANDEZ TORRES** IDENTIFICACIÓN: CC **1006.952.687**
DIRECCIÓN: CL 7A N 8-64 CIUDAD: **CUMARIBO, VICHADA** TELÉFONO: 3142516193
BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: VICHADA CIUDAD: CUMARIBO

DIRECCION: CALLE 7 A #8 - 64

ACTIVIDAD: AUXILIAR DE LA SALUD

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

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

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

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	%PART
RAMIREZ & CA?AVERA AGENCIA DE SEGURO	10337	100.00

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO

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

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

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000540220028

FIRMA TOMADOR

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

CBDC207A0D0FFC7C57

CLIENTE

CLAURAMIREZ 0

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

Compañía de Seguros

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Defensor del Consumidor Financiero – Principal: Juan Sebastián Portilla Portilla - **Defensor del Consumidor Financiero – Suplente:** José Guillermo Peña González
Dirección: Av 19 # 114 – 09 oficina 502 Bogotá – **Teléfonos:** (601) 213 13 70 – 213 13 22 - **Celular:** 321 924 04 79 – 323 232 29 34 - **Correo electrónico:** contacto@pgabogados.com
Horario: Lunes a jueves: de 8:00 a. m. a 5:30 p. m. - Viernes: de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. **Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web: https://aseguradorasolidaria.com.co/defensor-consumidor-financiero**

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: MONTERÍA COD. AGENCIA: 540 RAMO: 89 No PÓLIZA: **994000016910** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **JANITH GISELA HERNANDEZ TORRES** IDENTIFICACIÓN: CC **1006.952.687**

ASEGURADO: **JANITH GISELA HERNANDEZ TORRES** IDENTIFICACIÓN: CC **1006.952.687**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO DE LA POLIZA

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

TOMADOR: JANITH GISELA HERNANDEZ TORRES
ASEGURADO: JANITH GISELA HERNANDEZ TORRES
BENEFICIARIO: Terceros Afectados y/o quien tenga derecho a la prestación asegurada.

DOMICILIO DEL ASEGURADO: CALLE 7 A #8 - 64
PROFESION ASEGURADA: Auxiliar de Enfermería
ESPECIALIZACION: Auxiliar de Enfermería

VIGENCIA: 365 días, a partir del día 04 del mes de 09 del año 2026 con inicio de cobertura a las 23:59 horas.

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

CONDICIONES GENERALES:
Según Aseguradora Solidaria de Colombia forma 17/03/2021-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-36-D00I y 17/03/2021-1502-NT-P-06-P170321MGG8G8000 CL-SUSG-36-RC-MEDICA-PROFESIONAL-17032021.pdf (aseguradorasolidaria.com.co)

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

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

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

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

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

CLIENTE

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: MONTERÍA COD. AGENCIA: 540 RAMO: 89 No PÓLIZA: **994000016910** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **JANITH GISELA HERNANDEZ TORRES** IDENTIFICACIÓN: CC **1006.952.687**

ASEGURADO: **JANITH GISELA HERNANDEZ TORRES** IDENTIFICACIÓN: CC **1006.952.687**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO DE LA POLIZA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. EXCLUSIONES GENERALES APLICABLES A TODA PÓLIZA
2.5.
2.5.1. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE FERTILIDAD HUMANA QUE SUSTITUYAN EL PROCESO NATURAL DE LA REPRODUCCIÓN (FACILITAR EL EMBARAZO) POR CUALQUIERA DE LAS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA, YA SEA POR INSEMINACIÓN ARTIFICAL O FECUNDACIÓN IN VITRO.
2.5.2. RESPONSABILIDAD CIVIL POR TRATAMIENTOS DESTINADOS A LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, SALVO CASO ESPECÍFICO DEL ABORTO (INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO) QUEDAN AMPARADOS LOS DAÑOS A CONSECUENCIA DE UNA INTERVENCIÓN QUE CORRESPONDA AL CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACIÓN LEGAL Y/O CONSTITUCIONAL.

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

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

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

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

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

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

CLIENTE

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: MONTERÍA COD. AGENCIA: 540 RAMO: 89 No PÓLIZA: **994000016910** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **JANITH GISELA HERNANDEZ TORRES** IDENTIFICACIÓN: CC **1006.952.687**

ASEGURADO: **JANITH GISELA HERNANDEZ TORRES** IDENTIFICACIÓN: CC **1006.952.687**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO DE LA POLIZA

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

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

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

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

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

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

AMBITO TERRITORIAL:
Jurisdicción y Legislación Aplicable: colombiana.

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

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

CLIENTE

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 09:12:04 horas del 10/11/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1006952687,**
Apellidos y Nombres **HERNANDEZ TORRES JANITH GISELA**

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 martes 10 de noviembre de 2026, a las 09:15:08, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1006952687
Código de Verificación	1006952687261110091508

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. 306204408

PIB
09:15:28

Bogotá DC, 10 de noviembre del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) JANITH GISELA HERNANDEZ TORRES identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1006952687:

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 09:16:00 AM horas del 10/11/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1006952687**
Apellidos y Nombres: **HERNANDEZ TORRES JANITH GISELA**

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, 10/11/2026 09:12:42 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1006952687** y Nombre: **JANITH GISELA HERNANDEZ TORRES.**

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. **151298608** . 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 1006952687 **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 04/09/2026 11:32 AM

Código Verificación: **8JSCBUT9XQ**

Válida hasta: **03/12/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

GRAN TERRITORIO DE LOS PASTOS E.P.S. INDÍGENA MALLAMAS "El autocuidado en salud para un buen vivir"	CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN		CÓDIGO: AS-FR-008
			VERSIÓN: 02
			Vigencia: 22/12/2021

COORDINACION DE AFILIACIÓN Y REGISTRO

CERTIFICA :

Que el (la) señor(a):	**HERNANDEZ TORRES JANITH GISELA**
Identificación:	**CC: 1006952687**
Tipo Cotizante:	**Independiente**
Aportante:	**HERNANDEZ TORRES JANITH GISELA**
Municipio:	**CUMARIBO**
IPS Asignada:	**E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS - SEDE CUMARIBO**
Estado:	**Activo**
Fecha de Afiliación:	**2012-05-18**
Regimen:	**Contributivo**
Fecha Aplicación Relación :	**2026-02-01**
Discapacidad:	**N**
Tipo Afiliación:	**No registra**
Nivel :	**A**
Cuota moderadora :	**$5.000**

Observación :

Dada el jueves, 4 de noviembre de 2026

Cordialmente

OSCAR FERNEY AGREDA

Certficación Válida 7 Días únicamente para Servicios de Salud
E.P.S INDIGENA MALLAMAS
Carrrera 1N 4-56 Av Panamericana Ipiales - Colombia
PBX: 7731757 - 7738725 - 7738726
contibutivo@mallamaseps.com

Protección

Una empresa sura

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **HERNANDEZ TORRES JANITH GISELA** identificado(a) con **CC** número **1.006.952.687** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 10 de noviembre de 2021 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 03 de noviembre de 2026.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customer0001.wolkvox.com/proteccion/index.php**

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° 2.155

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
04 DÍA	06 MES	2026 AÑO	PUERTO CARREÑO (VICHADA, COLOMBIA) Ciudad	CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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

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

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

8699 - OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN DE LA SALUD HUMANA.

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

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
HERNANDEZ TORRES JANITH GISELA	FEMENINO	25 AÑOS 2 MESES 1 DÍAS	CC (Tipo)	1006952687 (Número)

Cargo

AUXILIAR DE ENFERMERIA.

EPS	AFP	ARL
NO REFIERE	NO REFIERE	NO REFIERE

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

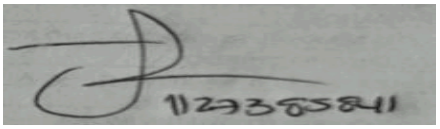
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

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

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

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



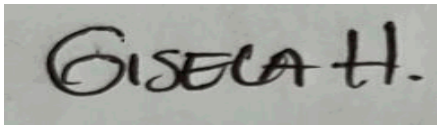
Firma:

Nombre: CC: 1127385841 - JAZMIN GISELA RODRIGUEZ

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

Código de Seguridad
P1573V1B2155

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: HERNANDEZ TORRES JANITH GISELA

CC: 1006952687

Banco Agrario de Colombia
El Banco que hace crecer el compo

Nit : 800.037.800-8

CERTIFICACION

El Banco Agrario de Colombia, certifica que: HERNANDEZ TORRES JANITH GISELA, identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA No. 1006952687 de CUMARIBO, se encuentra vinculado(a) con nuestra entidad con el producto de: AHO - CUENTAS AHORROS, número 4-850-52-07801-1, fecha de apertura: 08/30/2024.

Se expide en CUMARIBO, a los cuatro (04) días del mes de septiembre de 2026, con destino a: QUIEN INTERESE

Banco Agrario de Colombia
Of. Cumaribo - Vichada

DIRECTOR (A) OFICINA
FIRMA AUTORIZADA

Powered by CamScanner

Cumaribo Vichada, noviembre 12 de 2026

CARTA DE CONFIDENCIALIDAD DE INFORMACIÓN

Yo, JANITH GISELA HERNANDEZ TORRES, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía No **1.006.952.687** expedida en la ciudad de Cumaribo , en plenas facultades mentales, y capacidad legal, con la firma del presente documento, me obligo a no utilizar para mi conveniencia o la de un tercero, ningún tipo de información que sea obtenida durante el desempeño de mis labores o fuera de ellas, en nombre del Hospital Departamental San Juan de Dios E.S.E mediante la plataforma XENCO.

De igual forma, me comprometo a no suministrar a ninguna persona natural o jurídica de manera verbal, escrita o de cualquier otra manera, ya sea directa o indirectamente, ninguna clase de información o datos sobre procesos que se manejen en la plataforma XENCO, sin previa autorización del supervisor o por un requerimiento legal que sea dirigido directamente al Hospital Departamental San Juan de Dios E.S.E, de alguno de los siguientes módulos:

- Contabilidad, Inventarios, Cartera, Tesorería, Presupuesto, Nomina, Activos Fijos, Costos, Gestión Hospitalaria (facturación), Historias Clínicas, Glosas, Laboratorio Clínico, Diseñador de plantillas y Administrador de aplicativos y en general cualquier información que revista grado de confidencialidad.

Esta información, deberá ser resguardada, debiendo tomar todas las medidas de seguridad necesarias para impedir el acceso no autorizado al usuario asignado en la plataforma XENCO por otros funcionarios o terceros.

De otro lado, me comprometo a dar el debido uso del usuario y contraseña que me sean asignados para la realización de las actividades contractuales a través de la plataforma XENCO, por lo tanto, me hago responsable ante la utilización indebida de dicha información, así como no suministrarla a terceros, por tratarse de un perfil de carácter personal e intransferible, a su vez, una vez finalice el vínculo contractual procederé a solicitar el respectivo paz y salvo con la oficina de Tics del Hospital a efectos de la desvinculación de la plataforma.

Con lo dicho anteriormente, quedo sujeto a la responsabilidad civil, penal y administrativa, por los daños y perjuicios que pudiera causar, así como las distintas sanciones en las que pudiera incurrir, con ocasión al incumplimiento de las conductas descritas en párrafos anteriores, así como cualquier otra conducta que afecte el debido uso del software institucional y exonero de todo tipo de responsabilidad al Hospital Departamental San Juan de Dios E.S.E.

Este acuerdo de confidencialidad no tendrá limite en el tiempo, por lo tanto, reconozco que en ningún momento divulgaré la información que conozca con ocasión a la ejecución del contrato, a su vez, no descargaré ni me apropiaré de ningún documento que sea generado con ocasión al cumplimiento del contrato.

Atentamente,

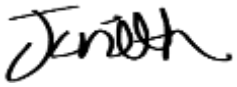
JANITH GISELA HERNANDEZ TORRES
C.C. 1.006.952.687 de Cumaribo

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

Yo, **JANITH GISELA HERNANDEZ TORRES** identificada con cédula de ciudadanía No. 1.006.952.687 expedida en Cumarbo, 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: JANITH GISELA HERNANDEZ TORRES

Identificación: 1.006.952.687 de Cumaribo

Fecha: Noviembre 12 de 2026

CAMPUS FUNDACIÓN EDUCATIVA

INNOVA CERTIFICADOS EN SALUD

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

JANITH GISELA HERNANDEZ TORRES

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1006952687

Realizó y aprobó el **Curso básico** de:

MISIÓN MÉDICA (BÁSICO)

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-09-17.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

JANITH GISELA HERNANDEZ TORRES

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1006952687

Realizó y aprobó el **Curso básico** de:

ATENCIÓN INTEGRAL A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES EN LA INFANCIA (AIEPI CLINICO) (BASICO)

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-09-17.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

CAMPUS FUNDACIÓN EDUCATIVA

INNOVA CERTIFICADOS EN SALUD

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

JANITH GISELA HERNANDEZ TORRES

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1006952687

Realizó y aprobó el **Curso avanzado** de:

SOPORTE VITAL AVANZADO (ACLS)

Con una intensidad horaria de: **70 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-09-17.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 2 AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

JANITH GISELA HERNANDEZ TORRES

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1006952687

Realizó y aprobó el **Curso básico** de:

ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA Y ABUSO SEXUAL CON ENFOQUE DIFERENCIAL (AVS) (BÁSICO)

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-09-17.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

JANITH GISELA HERNANDEZ TORRES

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1006952687

Realizó y aprobó el **Curso básico** de:

TOMA, CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO (TML) (BASICO)

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-09-17.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

JANITH GISELA HERNANDEZ TORRES

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1006952687

Realizó y aprobó el **Curso básico** de:

ATENCIÓN DEL PACIENTE DEL CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO (BASICO)

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-09-17.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

JANITH GISELA HERNANDEZ TORRES

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1006952687

Realizó y aprobó el **Curso básico** de:

SEGURIDAD DEL PACIENTE (SP) (BASICO)

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-09-17.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

JANITH GISELA HERNANDEZ TORRES

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1006952687

Realizó y aprobó el **Curso básico** de:

TRANSFUSIÓN SANGUINEA (BÁSICO)

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-09-17.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

JANITH GISELA HERNANDEZ TORRES

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1006952687

Realizó y aprobó el **Curso básico** de:

LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE LAS ÁREAS HOSPITALARIAS (BÁSICO)

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-09-17.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

JANITH GISELA HERNANDEZ TORRES

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1006952687

Realizó y aprobó el **Curso básico** de:

GESTIÓN DEL DUELO (GD) (BÁSICO)

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-09-17.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

JANITH GISELA HERNANDEZ TORRES

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1006952687

Realizó y aprobó el **Curso básico** de:

HUMANIZACIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD (HSS) (BÁSICO)

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-09-17.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

JANITH GISELA HERNANDEZ TORRES

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1006952687

Realizó y aprobó el **Curso básico** de:

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN VACUNACIÓN (PAI) (BASICO)

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-09-17.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

JANITH GISELA HERNANDEZ TORRES

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1006952687

Realizó y aprobó el **Curso básico** de:

ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS (AQS) (BASICO)

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-09-17.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

68b32f34-f540-49dc-9df7-95c6ac1f020a

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Janith gisela Hernandez torres

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 %

30 de agosto de 2025

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=68b32f34-f540-49dc-9df7-95c6ac1f020a

Powered by CamScanner

Educación

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

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

Hace Constar que:

Janith Gisela Hernandez Torres

CC 1006952687 de Cumaribo-Vichada

Realizó y aprobó el Curso Consejería en Lactancia Materna y Alimentación Complementaria.
con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-01-05
Fecha de vencimiento: 2028-01-05

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

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

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 37cfb626-b38c-4f71-906c-ecbbdbe7c9df

Nombres y apellidos / Full name: **JANITH GISELA HERNANDEZ TORRES**

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

Número de identificación / ID Number: **1006952687**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **30/08/2001**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **000000000**

Correo electrónico / e-mail: **NOPRESENTA@HOTMAIL.COM**

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination Dia / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
Hepatitis B Adultos Particular	Primera	12	01	2021		AHBVC825BC	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	TERESA CAROLINA ISAZA SANDOVAL
TD Adulto	Primera	06	02	2021		2338X004AE	EPS SANITAS CENTRO MÉDICO VILLAVICENCIO	YUDY MILENA BARRANTES DIMATE
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	06	02	2021		V50220016	EPS SANITAS CENTRO MÉDICO VILLAVICENCIO	YUDY MILENA BARRANTES DIMATE
Hepatitis B Adultos Particular	Segunda	12	02	2021		AHBVC877AB	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	ROSMARY MORALES CARDENAS
COVID PFIZER	Primera	05	05	2021	PFIZER	ER9449	VILLAVICENCIO MULTISALUD IPS	NADIA CAROLINA PEREZ MORENO
COVID PFIZER	Segunda	24	06	2021	PFIZER	EY0586	VILLAVICENCIO MULTISALUD IPS	YARAYDI PIZARRO
COVID ASTRAZENECA	Primer Refuerzo	24	01	2022	Oxford-AstraZeneca	78038	CUMARIBO HOSPITAL LOCAL	MARTHA CECILIA AGUDELO PALMA
TdaP Acelular Gestante	Anual	31	07	2023	Glaxo SmithKline	AC37B390CC	CUMARIBO HOSPITAL LOCAL	DORIAN EMIR CUERO ARCIA
TD Adulto	Tercera	30	08	2024	Serum	2331L027C	CUMARIBO HOSPITAL LOCAL	MARIA MELIDA CASTILLO SALCEDO
Fiebre Amarilla	Única	30	08	2024	Sanofi Pasteur	X3A881V	CUMARIBO HOSPITAL LOCAL	MARIA MELIDA CASTILLO SALCEDO
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	30	08	2024	Green Cross	V50524003	CUMARIBO HOSPITAL LOCAL	MARIA MELIDA CASTILLO SALCEDO - CC1121835301 - ACTIVO
TD Adulto	Cuarta	01	09	2025	Serum	2334X006A	CUMARIBO HOSPITAL LOCAL	MARIA MELIDA CASTILLO SALCEDO - CC1121835301 - ACTIVO
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	01	09	2025	GC BIOPHARMA CORP	V50525003	CUMARIBO HOSPITAL LOCAL	MARIA MELIDA CASTILLO SALCEDO - CC1121835301 - ACTIVO
Hepatitis B Adultos	Segunda	20	12	2025		24GMV018	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE RONDON	PARTICULAR.

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

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

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

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

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 37cfb526-b38c-4f71-906c-ecbbdbe7c9df

Nombres y apellidos / Full name: **JANITH GISELA HERNANDEZ TORRES**

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

Número de identificación / ID Number: **1006952687**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **30/08/2001**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **000000000**

Correo electrónico / e-mail: **NOPRESENTA@HOTMAIL.COM**

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Dia / Day	Mes / Month	Año / Year				
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	11	05	2026	GC BIOPHARMA CORP	V50526001	CUMARIBO HOSPITAL LOCAL	SANTIAGO MUÑOZ VARGAS

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

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

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

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