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

Unidad Administrativa	Oficina Jurídica		
Serie Documental	Contratos		
Subserie	Contratos de Prestación de Servicios y Apoyo a la Gestión	**Área:**	
Nombre de la Carpeta	SARAY VALERIA ROJAS SILVA	**Fecha**	08 DE OCTUBRE DE 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			
8	Formato Hoja de Vida (Función Pública - SIGEP II) - Actualizado (Último Trabajo).	X			
9	Declaración de Bienes y Rentas, Declaracion de conflicto de intereses, Persona expuesta politicamente. (Función pública). Ley 2013 de 2019	X			
10	Certificación Bajo Gravedad de Juramento.	X			
11	Fotocopia del Documento de Identidad.	X			
12	Tarjeta Profesional y Certificado de Antecedentes.	X			
13	RETHUS (Personal Asistencial).	X			
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			
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			
21	Certificado Laboral (Experiencia).	X			
22	Rut (Vigente).	X			
23	Póliza de Responsabilidad Civil Médica y/o Documento Equivalente (Área Asistencial).	X			
24	Cetificado de Inhabilidad por Delitos Sexuales - (Vigente).	X			
25	Certificado de Antecedentes Contraloria (Fiscales) - (Vigente).	X			
26	Certificado de Antecedentes Procuraduría (Disciplinarios) - (Vigente).	X			
27	Certificado de Antecedentes Policia (Penales) - (Vigente).	X			
28	Certificado de Antecedentes Medidas Correctivas (Multas) - (Vigente).	X			
29	Certificado del Registro Especial de Deudores Alimentarios Morosos (REDAM) Decreto 1310 de 2022 - (Vigente).	X			
30	Certificado de Afiliación en Salud - (Vigente).	X			
31	Certificado de Afiliación en Pensión - (Vigente).	X			
32	Certificado Médico de Salud Ocupacional - (Vigente).	X			
33	Certificado de Cuenta Bancaria - (Vigente).	X			
34	Certificado de confidencialidad de la información (Acceso al software institucional)				
35	Autorización de tratamiento de datos personales				
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 - VICHADA
PROCESO GESTIÓN TALENTO HUMANO

CURSOS COMPLEMENTARIOS ÁREA ASISTENCIAL

PSICÓLOGO

Versión: 5
Código: GTH-FT-64
Fechas: 27/08/2025

Nombre del Postulante:	SARAY VALERIA ROJAS SILVA			**Contacto:**	3186068144
Identificación:	**Tipo Documento:**	CC	**N°. Documento:**	1.007.310.129	
Profesión / Oficio:	PSICOLOGA			**Municipio:**	Pto. Carreño
Correo Eléctronico	VALESILVA1612@GMAIL.COM			**Fecha**	
Cargo Al Que Se Postula:	PSICOLOGA			**Área:**	

No.	DETALLE	QUIEN REGULA	VERI.
1	CURSO MISIÓN MEDICA	Res. 4481 de 2012/ Res. 332 de 2022 Secretarria de Salud V.	X
2	CERTIFICADO EN ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	Decreto 3100 de2019	X
3	CURSO SEGURIDAD DEL PACIENTE	Politica seguridad del paciente Institucional	X
4	CURSO ACOMPAÑAMIENTO Y MANEJO DEL DUELO	Decreto 3100 de2019	X
5	CURSO DE HUMANIZACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD	Politica Humanizacion Institucional	X
6	CURSO DE ATENCION INTEGRAL Y ASESORIA PARA INTERRUPCION DEL EMBARAZO	Sentencia C-355 de 2006	X
7	ATENCIÓN A PERSONAS VÍCTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS	Decreto 3100 de2019	X
8	DIAGNOSTICO Y MANEJO CLINICO DEL DENGUE-OPS	SDV- Minsiterio de Salud	X
	VACUNAS		
1	COVID 19		X
2	FIEBRE AMARILLA		X
3	TOXOIDE TETANICO		X
4	HEPATITIS B		X
5	INFLUENZA		X

Valeria R

Firma Postulante | Coord. Ad/tvo Mpios. | Jefe Talento Humano

Puerto Carreño, 13 de noviembre de 2026

Doctor:
ALVARO ALBERTO CARDOSO CASTRO
Gerente
Hospital 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 PROFESIONALES COMO PSICOLOGO (A) EN EL DEPARTAMENTO DE VICHADA, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES EXTRAMURALES DEL SERVICIO INTEGRADO DE ATENCION Y PREVENCION DE LA DESNUTRICION DEL MUNICIPIO DE PUERTO CARREÑO; CONVENIO INTERADMINISTRATIVO N° 99002342026 VIGENCIA 2026, CELEBRADO ENTRE EL ICBF Y EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E.",** para seguimiento, reporte de información y verificación de ejecución de funciones y el desarrollo de Los lineamientos acuerdo al Convenio antes mencionado:

A continuación, relaciono el perfil, actividades a contratar:

1. Elaborar directorio de actores claves y servicios sociales presentes en el territorio.
2. ejecutar acciones de caracterización familiar y social, estimulación sensorial y emocional para niños, identifica factores protectores y de riesgo en las familias atendidas, activación de rutas y en general liderar procesos comunitarios y familiares articuladamente con el talento humano.
3. diseñar y aplicar el plan de formación a familias e individual, partiendo del contexto cultural y de la caracterización familiar, para el desarrollo de los procesos de acompañamiento a las familias usuarias del servicio.
4. participar de la búsqueda activa de potenciales usuarios para el servicio integrado de atención y prevención a la desnutrición.
5. elaborar y mantener actualizado base de información de datos de ubicación de los usuarios.
6. gestionar la vinculación de los niños en la oferta institucional del ICBF para la primera infancia u otras modalidades de atención integral dispuestas en el territorio.
7. realizar visita domiciliaria al 100% de los usuarios atendidos en el servicio integrado, acorde con la frecuencia establecida.
8. realizar caracterización de las familias de las niñas, niños y mujeres gestantes atendidos en el servicio integrado.
9. identificar y reconocer factores psicosociales, comunitarios, económicos, familiares, alimentarios y de salud, entre otros, que puedan incidir en el estado nutricional del niño o niña.
10. realizar la programación e implementación de acciones de fortalecimiento familiar a los padres o acompañantes de los usuarios.
11. realizar acciones que permita identificar aspectos claves e inmediatos que deban gestionarse y movilizarse con el sistema nacional de bienestar familiar u otros actores territoriales, tales como negligencia, tipos de violencia u otros que requieran atención.
12. realizar la activación de rutas con los diferentes agentes del SNBF para la gestión de atenciones dirigidas a la garantía de los derechos.
13. orientar al padre, madre o cuidador en el desarrollo de actividades de estimulación psicomotriz a los usuarios durante las actividades diarias con metodologías adaptadas y según las necesidades de cada caso.
14. realizar sensibilización a padres o cuidadores relacionados con el ejercicio y goce efectivo de derechos de los niños, así como la responsabilidad en la recuperación y mantenimiento del estado nutricional.
15. identificar presuntas situaciones de negligencia o vulneración de derechos y reportarlas inmediatamente a la autoridad competente, activando la ruta establecida.
16. apoyar la revisión y construcción de los estudios de caso semanales, de los usuarios identificados durante la evolución interdisciplinaria que requieren especial atención, realizando la socialización de los avances y resultados con la madre, padre o cuidador.

17.diseñar con el equipo las experiencias pedagógicas y las herramientas de apoyó para los escenarios de encuentros comunitarios y encuentros en el hogar.
18. realizar fortalecimiento de saberes individuales, familiares y comunitario de los usuarios en pro al derecho humano a la alimentación adecuada y la salud.
19. elaborar, coordinar y hacer seguimiento al plan de trabajo de los gestores comunitarios, con el apoyo de los demás profesionales del equipo.
20. reporte de la información de la modalidad en el formato operativo de reporte social y gestión familiar que incluye caracterización familiar, identificación de factores protectores y de riesgo y gestiones realizadas.
21. participar en las mesas, reuniones y talleres cuando sea requerido.
22. reporte de los informes que se requiera de la modalidad, donde se evidencie el cumplimiento de cada una de las obligaciones acá expuestas.
23. entrega de informe y soportes de la cuenta de cobro al supervisor de manera oportuna y según las indicaciones dadas.
24. apoyo en la entrega de RFPP programados y estipulados por el supervisor
25. 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
26. otras asignadas por el supervisor.

PROHIBICIONES DEL CONTRATISTA

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

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

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

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

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

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

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

Cordialmente,



SARAY VALERIA ROJAS SILVA
C.C. 1.007.310129
lajolinda_03@hotmail.com

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
ROJAS	SILVA	SARAY VALERIA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1007310129	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 20 MES 02 AÑO 2002

PAÍS COLOMBIA

DEPTO VICHADA

MUNICIPIO PUERTO CARREÑO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

manza d casa N?06 villa orinoco

PAÍS COLOMBIA DEPTO VICHADA

MUNICIPIO PUERTO CARREÑO

TELÉFONO 3186068144 EMAIL lajolinda_03@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	10	X		PSICOLOGIA	11	2024	299074

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)

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 5654009	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	09	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL - PSICOLOGA	*DEPENDENCIA* AREA DE PSICOLOGIA						*DIRECCIÓN* CALLE 18 10 43 B. LA PRIMAVERA					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO VICHADA	*MUNICIPIO* PUERTO CARREÑO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	09	*Mes*	07	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO ADMINISTATIVO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRACION SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 18 10 20					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO VICHADA	*MUNICIPIO* PUERTO CARREÑO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 5654009	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	15	*Mes*	04	*Año* 2025	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNOLOGA ADMINISTRATIVA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA					*DIRECCIÓN* CALLE 18 10 43 B. LA PRIMAVERA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO VICHADA	*MUNICIPIO* PUERTO CARREÑO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 5654009	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	07	*Mes*	03	*Año* 2025	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNOLOGA ADMINISTRATIVA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA					*DIRECCIÓN* CALLE 18 10 43 B. LA PRIMAVERA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD COMPASS GROUP			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 5140088	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	22	*Mes*	07	*Año* 2024	*Día*	11	*Mes*	12	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL PRACTICANTE PSICOLOGA	*DEPENDENCIA* AREA DE RECURSOS HUMANOS					*DIRECCIÓN* CALLE 98 118 29						
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	23	*Mes*	01	*Año* 2024	*Día*	31	*Mes*	01	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO AL ARCHIVO	*DEPENDENCIA* ALMACEN - ARCHIVO CENTRAL					*DIRECCIÓN* CALLE 18 10 19						

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*						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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	9
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	4
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

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 Valeria R.

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	2026-07-06 16:57

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
SARAY	VALERIA	ROJAS	SILVA

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1007310129

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	VICHADA	Municipio	PUERTO CARREÑO

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	VICHADA	Municipio	PUERTO CARREÑO

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

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	VICHADA	Municipio	PUERTO CARREÑO

Dirección	["avenida orinoco Nº 10-43"]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$48.046.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$48.046.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$6.000.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

Puerto Carreño, 13 de noviembre de 2026

HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS

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

CERTIFICACIÓN BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

Yo **SARAY VALERIA ROJAS SILVA**, identificado con cedula de ciudadanía No. 1.007.310.129 expedida en Bogotá D.C.; 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 ( ) NO (X)**

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 se las actividades señaladas en el artículo 340 del Estatuto Tributario o que si la desarrolle no generó más del veinte por ciento (20%) de mis ingresos totales. **SI ( ) NO (X)**

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

Cordialmente,



SARAY VALERIA ROJAS SILVA
CC 1.007.310.129

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.007.310.129**

ROJAS SILVA

APELLIDOS

SARAY VALERIA

NOMBRES

Valeria R.

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-FEB-2002**

PUERTO CARREÑO
(VICHADA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

09-MAR-2020 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01138281-F-1007310129-20200318 **0070640683G 2** 8500403287

Esta Tarjeta Profesional es personal e intraferible y acredita a su portador como PSICÓLOGA de conformidad a los Artículos 6,7 y 12 de la Ley 1090 de 2006 y es requisito legal para el ejercicio profesional en Colombia

JOSÉ RAÚL JIMÉNEZ MOLINA
Presidente del Consejo Directivo

www.colpsic.org.co

COLEGIO COLOMBIANO DE PSICÓLOGOS



TARJETA PROFESIONAL DE PSICÓLOGA

No. 299074

Fecha de expedición: 02/05/2025

SARAY VALERIA ROJAS SILVA

Cédula de Ciudadania
1007310129

Según la Ley 1090 de 2006, este documento es de carácter vitalicio y tiene validez nacional, por tanto su vigencia es permanente.

TRIBUNALES DEONTOLÓGICOS Y BIOÉTICOS DE PSICOLOGÍA

TRIBUNALES DEONTOLÓGICOS Y BIOÉTICOS DE PSICOLOGÍA

La suscrita Directora Ejecutiva de los Tribunales Deontológicos y Bioéticos de Psicología certifica que, una vez consultado el sistema de información y reporte de profesionales sancionados por estos Tribunales, NO se encontró que **Saray Valeria Rojas Silva**, con documento de identificación N° **1007310129**, tenga antecedentes deontológicos disciplinarios en ninguno de ellos.

Este certificado tiene validez de tres (03) meses.

Se expide en Bogotá, D.C., el 5 de agosto de 2026.

DIANA PAOLA PULIDO CASTELBLANCO
Directora Ejecutiva de los Tribunales Deontólogicos y Bioéticos de Psicología

Q3Fa7J9Tl9/xal71oHi8
Para validar este documento ingrese en el siguiente link:
https://sara.colpsic.org.co/publico/validar-documento

ión diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en

tificación *	Número de Identificación *	Primer Nombre
Ciudadania	1007310129	Saray

lido

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

4041

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2026-08-05→11:51:17 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1007310129	SARAY	VALERIA	ROJAS	SILVA	Vigente	Ver

rmidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único nal de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) SARAY VALERIA ROJAS SILVA identificado(a) con CC 1007310129 registra La siguiente información:

2026-08-05→11:51:17 PM

Información Académica

ma	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
	Local	PSICOLOGIA	2025-05-28	76490	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

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

GOV.CO

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Libertad y Orden

República de Colombia

Departamento de Vichada

INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ EUSTASIO RIVERA — CIENCIA SABIDURÍA PAZ PARA UN NUEVO SIGLO — PUERTO CARREÑO - VICHADA

Institución Educativa
José Eustasio Rivera

Institución Educativa de Carácter Oficial, aprobada para los niveles de Preescolar, Educación Básica y Media Técnica según decreto N° 103 de Octubre 25 de 2002 emanado de la Secretaría de Educación y Cultura Departamental de Vichada. Código DANE 199001000927 y Nit: 842000009-0, ubicado en la carrea 8 N° 19-19 Barrio Arturo Bueno.



Confiere

A.

Rojas Silva Saray Valeria

Identificado (a) con T.I. N° 1.007.310.129 de Puerto Carreño – Vichada

Título de

BACHILLER TÉCNICO
CON ESPECIALIDAD COMERCIAL

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Técnica.

Juan Carlos Colina Barón
RECTOR

Liztneida Cruz Avella
Secretaria Académica

Acta de Grado N° 39 de Diciembre 7 de 2018. Registrado en el Folio N° 178 del Libro 7.

Se Firma el presente diploma en Puerto Carreño Vichada a los 7 días de Diciembre de 2018.

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACION

En la ciudad de Puerto Carreño Vichada Colombia, a los 7 días del mes de diciembre de 2018 se reunieron los suscritos, Rector y Secretaria Académica de la Institución Educativa José Eustasio Rivera, de carácter oficial aprobada mediante Decreto No. 103 de octubre 25 de 2002 para los niveles de Educación Preescolar, Educación Básica y Media Técnica; con el fin de formalizar la Graduación de los Alumnos del grado ONCE de la jornada diurna, mediante acta No. 39 de 7 de diciembre de 2018.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el título de BACHILLER TÉCNICO CON ESPECIALIDAD COMERCIAL, al graduando cuyo nombre y documento de identidad se relaciona a continuación:

APELLIDOS Y NOMBRES	TIPO IDENTIFICACION	NUMERO DOCUMENTO	EXPEDICION
ROJAS SILVA SARAY VALERIA	Tarjeta de identidad	1007310129	PUERTO CARRENO - VICHADA

Es fiel copia tomada del acta general de graduación N° 39 de 7 de diciembre de 2018, que consta de 33 alumnos, e inicia con el nombre de ACOSTA PONARE YURY DANIELA y finaliza con el nombre de VILLEGAS MEJIA MIGUEL ANGEL.

En constancia se firma la presente acta, a los 7 días del mes de diciembre de 2018, por quienes en ella intervinieron.

JUAN CARLOS COLINA BARON
C. C. No.18.262.372 de Puerto Carreño V.
Rector

LIZTNEIDA CRUZ AVELLA
C. C. No.41.255.285 de Puerto Carreño V.
Secretaria Académica

UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA

Con Personería Jurídica, Resolución n.º 1326 del 25 de marzo de 1975, del Ministerio de Educación Nacional de la República de Colombia

CONFIERE EL TÍTULO DE

PSICÓLOGA

A

SARAY VALERIA ROJAS SILVA

CC 1.007.310.129 DE BOGOTÁ D.C.

En testimonio de ello, le otorga el presente diploma en Bogotá, D. C., el día 28 del mes de marzo del año 2025

Rector **Secretario** **Decano**

Registrado en el folio 42 del libro 4 de diplomas, bajo el n .º 6765 el día 28 del mes de marzo del año 2025

18620

UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA

Acreditación Institucional DE ALTA CALIDAD MULTICAMPUS
VÁLIDA POR SEIS (6) AÑOS
RESOLUCIÓN 014620 DEL 12 DE AGOSTO DE 2021

ACTA DE GRADO No. 20250301

El día 28 de marzo de 2025, se reunieron en la Universidad de San Buenaventura, sede Bogotá D.C., en sesión presidida por el señor Rector, las directivas de este claustro con el fin de otorgar el título académico de

PSICÓLOGA

PROGRAMA REGISTRADO EN EL SISTEMA NACIONAL DE INFORMACION DE LA EDUCACION SUPERIOR, SNIES, CON EL CÓDIGO 5132

A

SARAY VALERIA ROJAS SILVA
C.C. N° 1,007,310,129 de Bogotá D.C.

Siguiendo el orden del día establecido para estas ceremonias, el Decano de la Facultad presentó al graduando y certificó haber cumplido con los requisitos exigidos por el respectivo reglamento, por lo cual solicitó del señor Rector le fuera otorgado el correspondiente título académico. Acto seguido, el señor Rector le tomó el juramento de rigor y le entregó el diploma No. 18620 anotado en el libro 4, folio 42 con el número de registro 6765, que lo acredita como profesional de esta Universidad. Luego, en uso de la palabra, congratuló al nuevo graduado, y le recordó el cumplimiento de sus obligaciones para con Dios, la Patria y la Universidad.

En constancia se firma la presente acta en Bogotá, D.C., a los veintiocho (28) días del mes de marzo del año dos mil veinticinco (2025).

Fray Fabian Leonardo Mejia Mantilla O.F.M.
SECRETARIO

Scanned with CamScanner

mipg modelo integrado de planeación y gestión

Función Pública

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

SARAY VALERIA ROJAS SILVA

C.C 1.007.310.129

Participó y completó con éxito el Módulo de Fundamentos Generales del curso virtual del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 25 de febrero 2025

Luz Daifenis Arango Rivera
Directora de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 761883458206


Fundamentos Generales


Talento Humano


Direccionamiento estratégico


Gestión con valores para resultados


Evaluación de resultados


Información y comunicación


Gestión del conocimiento


Control interno

mipg | modelo integrado de planeación y gestión

Función Pública

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

SARAY VALERIA ROJAS SILVA

C.C 1.007.310.129

Participó y completó con éxito el Módulo de Auditoría del curso virtual del **Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG**

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 25 de febrero 2025

Luz Daifenis Arango Rivera
Directora de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 7618834583161


Fundamentos Generales


Talento Humano


Direccionamiento estratégico


Gestión con valores para resultados


Evaluación de resultados


Información y comunicación


Gestión del conocimiento


Control interno

mipg modelo integrado de planeación y gestión

Función Pública

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

SARAY VALERIA ROJAS SILVA

C.C 1.007.310.129

Participó y completó con éxito los 8 módulos del curso virtual del
Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 25 de febrero 2025

Luz Daifenis Arango Rivera
Directora de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 761883458000

Fundamentos Generales | Talento Humano | Direccionamiento estratégico | Gestión con valores para resultados | Evaluación de resultados | Información y comunicación | Gestión del conocimiento | Control interno

INTEGRIDAD PÚBLICA

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

SARAY VALERIA ROJAS SILVA

C.C 1.007.310.129

Participó y completó el curso virtual:

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 25 de febrero 2025



Aura Isabel Mora

Directora de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano

Código: 761884113000

EL DEPARTAMENTO DE NÓMINA
O COMPASS GROUP SERVICES COLOMBIA S.A.
NIT 890.929.877 – 1

C E R T I F I C A:

Que la Señora, **ROJAS SILVA SARAY VALERIA** identificada con cédula de ciudadanía número **1007310129** prestó sus servicios a la compañía desde el día **22/07/2024** hasta el día **11/12/2024** desempeñando el cargo de **PRACTICANTE**

Se expide con el fin de dar referencia el 13 de diciembre de 2024

Atentamente,

Angie Veloza

Angie Maria Veloza Peña
Auxiliar de Atencion al Colaborador
NIT. 890.929.877-1
Compass Group Colombia
Cel.: 320 268 64 50

Scanned with CamScanner

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: **SARAY VALERIA ROJAS SILVA,** identificada con la cédula de ciudadanía N° **1.007.310.129** suscribió con la E.S.E Hospital Departamental San Juan de Dios de Puerto Carreño-Vichada, los siguientes contratos***:***

Objeto del Contrato: *PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN PSICOLOGIA EN EL DEPARTAMENTO DEL VICHADA, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES EXTRAMURALES DEL SERVICIO INTEGRADO DE ATENCION Y PREVENCION A LA DESNUTRICION DEL MUNICIPIO DE PUERTO CARREÑO; CONVENIO INTERADMINISTRATIVO N° 001 VIGENCIA 2025, CELEBRADO ENTRE EL ICBF Y EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS ESE*

Año 2025

Contrato Prestación de Servicios N°:	**1927**
Plazo De Ejecución:	01 de septiembre al 31 de diciembre

Que, en cumplimiento del objeto de los contratos antes relacionados **SARAY VALERIA ROJAS SILVA,** cumplió las siguientes actividades específicas:

1. Responsable de realizar la coordinación con autoridades, instituciones y demás actores para operar y ejecutar el servicio integrado de atención y prevención a la desnutrición.
2. Elaborar directorio de actores claves y servicios sociales presentes en el territorio.
3. Ejecuta acciones de caracterización familiar y social, estimulación sensorial y emocional para niños y niñas, identifica factores protectores y de riesgo en las familias atendidas, activación de rutas y en general liderar procesos comunitarios y familiares articuladamente con el talento humano.
4. Apoyar las acciones de planeación para los procesos de acompañamiento en planes familiares e individual, selección de rutas, cronogramas ara la salida de los equipos interdisciplinarios, entre otras asignadas
5. Participar de la búsqueda activa de potenciales usuarios para el servicio integrado de atención y prevención a la desnutrición.
6. Elaborar y mantener actualizado base de información de datos de ubicación de los usuarios.
7. Gestionar la vinculación de los niños y las niñas en la oferta institucional del ICBF para la primera infancia u otras modalidades de atención integral dispuestas en el territorio.

PROYECTÓ: KATHERIN JULIETH MEDINA VALLEJO
ADMINISTRADORA DE EMPRESAS DE LA E.S.E

8. Realizar visita domiciliaria al 100% de los usuarios atendidos en el servicio integrado, acorde con la frecuencia establecida.
9. Realizar caracterización de las familias de las niñas, niños y mujeres gestantes atendidos en el servicio integrado.
10. Identificar y reconocer factores psicosociales, comunitarios, económicos, familiares, alimentarios y de salud, entre otros, que puedan incidir en el estado nutricional del niño o niña.
11. Realizar la programación e implementación de acciones de fortalecimiento familiar a los padres o acompañantes de los usuarios.
12. Realizar acciones que permita identificar aspectos claves e inmediatos que deban gestionarse y movilizarse con el Sistema Nacional de Bienestar Familiar u otros actores territoriales, tales como negligencia, tipos de violencia u otros que requieran atención.
13. Realizar la activación de rutas con los diferentes agentes del SNBF para la gestión de atenciones dirigidas a la garantía de los derechos.
14. Liderar la elaboración del Plan de Acompañamiento Familiar.
15. Orientar al padre, madre o cuidador en el desarrollo de actividades de estimulación psicomotriz a los usuarios durante las actividades diarias con metodologías adaptadas y según las necesidades de cada caso.
16. Realizar sensibilización a padres o cuidadores relacionados con el ejercicio y goce efectivo de derechos de los niños y niñas, así como la responsabilidad en la recuperación y mantenimiento del estado nutricional.
17. Identificar presuntas situaciones de negligencia o vulneración de derechos y reportarlas inmediatamente a la autoridad competente, activando la ruta establecida.
18. Apoyar la revisión y construcción de los estudios de caso semanales, de los usuarios identificados durante la evolución interdisciplinaria que requieren especial atención, realizando la socialización de los avances y resultados con la madre, padre o cuidador.
19. Diseñar con el equipo las experiencias pedagógicas y las herramientas de apoyó para los escenarios de encuentros comunitarios y encuentros en el hogar.
20. Realizar fortalecimiento de saberes individuales, familiares y comunitario de los usuarios en pro al Derecho Humano a la Alimentación Adecuada y la salud.
21. Realizar el plan de atención y acompañamiento individual y familiar, con los integrantes del equipo interdisciplinario.
22. Junto con el coordinador del equipo, activar la ruta de remisión a protección cuando se identifiquen casos que lo ameriten.
23. 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.
24. Brindar orientación al equipo de trabajo de la modalidad en competencias y herramientas metodológicas para la realización de orientación y seguimiento domiciliario.
25. Participar en el estudio de caso con el equipo interdisciplinario, para los usuarios identificados que requieren especial atención.
26. Elaborar, coordinar y hacer seguimiento al plan de trabajo de los gestores comunitarios, con el apoyo de los demás profesionales del equipo.

27. Articular con el apoyo administrativo reporte de la información de la modalidad en el Formato Operativo de Reporte Social y Gestión Familiar que incluye caracterización familiar, identificación de factores protectores y de riesgo y gestiones realizadas.
28. Participar en las mesas, reuniones y talleres cuando sea requerido.
29. Reporte de los informes que se requiera de la modalidad.
30. Reporte y soportes de la cuenta de cobro al supervisor.
31. Otras asignadas por 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: *APOYO A LA COORDINACION EN RELACION AL SEGUIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS Y FACTURADAS POR LOS EQUIPOS BASICOS DE SALUD PARA EL DEPARTAMENTO DEL VICHADA*

Año 2025

Contrato Prestación de Servicios N°:	**1525**
Plazo De Ejecución:	09 de julio al 31 de agosto

Que, en cumplimiento del objeto de los contratos antes relacionados **SARAY VALERIA ROJAS SILVA,** cumplió las siguientes actividades específicas:

1. Apoyo a la coordinación en relación al seguimiento de las actividades ejecutadas y facturadas por los equipos básicos de salud para el departamento del Vichada.
2. Apoyo en el desarrollo de actividades a la coordinación de los equipos básicos de atención en salud 2025
3. Apoyo en el Acompañamiento técnico operativo en el desarrollo de la información de las actividades de los equipos básicos de salud del municipio de Puerto Carreño en relación a los periodos a cobrar vigencia 2025
4. Apoyo en la Consecución de perfiles idóneos, organización y revisión de criterios para selección de hojas de vida y contratación de profesionales, técnicos y administrativos solicitados por la entidad, con el fin de desarrollar las actividades contempladas en los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección social y demás funciones delegadas por el supervisor para el departamento del Vichada, en el municipio de Puerto Carreño.
5. Apoyo en la supervisión del cumplimiento de actividades del personal contratado para la ejecución de las actividades de los equipos básicos de atención en salud de acuerdo a los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección social Apoyo en la coordinación de la ejecución de las actividades a cargo de los equipos básicos de atención en salud en cada territorio y micro territorio del municipio de Puerto Carreño.
6. Apoyo en la contratación y revisión de soportes entregados de los proveedores necesarios para la ejecución de actividades de los equipos básicos de atención en salud del municipio de Puerto Carreño.
7. Apoyo en la verificación del cumplimiento de las caracterizaciones, planes de cuidado y activaciones de ruta por micro territorios priorizados, realizadas y los planes integrales

de cuidado familiar del municipio de Puerto Carreño de acuerdo a los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección social, revisión de digitalizaciones en relación a las caracterizaciones realizadas por grupo y consolidado de la información en caso de que se requiera.

8. Apoyo en la elaboración y reporte de informes de los indicadores requeridos en los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección social y otros que correspondan por territorios y micro territorios priorizados del municipio de Puerto Carreño y demás requeridos por los entes de control e instituciones de vigilancia.
9. Apoyo en la participación de cada asistencia técnica requerida por el ente territorial en cuanto a los lineamientos de los equipos básicos de atención en salud para el municipio de Puerto Carreño.
10. Apoyo a la digitalización en la plataforma de survey 123 si se requiere por parte del municipio de Puerto Carreño.
11. Apoyo en la gestión para reporte mensual y consolidación de la información solicitados por los diferentes cooperantes departamentales en cuanto a los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección social en el municipio Puerto Carreño a reportar en la plataforma PISIS tanto financiera como técnico y donde se requiera.
12. Apoyar en el desarrollo de estrategias de manera articulada de los equipos básicos de atención en salud y otras áreas institucionales en cuanto al cumplimiento de las actividades asignadas, educación, autogestión y articulación para la atención primaria en salud integral.
13. Apoyo en la consolidación y presentación de informes relacionados con la ejecución de actividades del plan integral de cuidado y las que se requieran del municipio de Puerto Carreño.
14. Otras funciones delegadas por la supervisora del contrato

PROHIBICIONES CONTRATISTAS

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.

Objeto del Contrato: *PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION COMO TECNOLOGA ADMINISTRATIVA PARA EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS ESE*

Año 2025

Contrato Prestación de Servicios N°:	**0816**
Plazo De Ejecución:	07 de marzo al 31 de marzo
Contrato Prestación de Servicios N°:	**1070**
Plazo De Ejecución:	15 de abril al 31 de julio

Que, en cumplimiento del objeto de los contratos antes relacionados **SARAY VALERIA ROJAS SILVA,** cumplió las siguientes actividades específicas:

1. Apoyo en el desarrollo de actividades a la coordinación de los equipos básicos de atención en salud 2025.
2. Apoyo en el Acompañamiento técnico operativo en el desarrollo de la información de las actividades de los equipos básicos de salud del municipio de Puerto Carreño en relación a los periodos a cobrar vigencia 2025.
3. Apoyo en la Consecución de perfiles idóneos, organización y revisión de criterios para selección de hojas de vida y contratación de profesionales, técnicos y administrativos solicitados por la entidad, con el fin de desarrollar las actividades contempladas en los lineamientos de la Resolución 1735 del 2023 y 1034 del 2024 y demás funciones delegadas por el supervisor para el departamento del Vichada, en el municipio de Puerto Carreño.
4. Apoyo en la supervisión del cumplimiento de actividades del personal contratado para la ejecución de las actividades de los equipos básicos de atención en salud de acuerdo a los lineamientos de la Resolución 1735 del 2023 y 1034 del 2024.
5. Apoyo en la coordinación de la ejecución de las actividades a cargo de los equipos básicos de atención en salud en cada territorio y micro territorio del municipio de Puerto Carreño.
6. Apoyo en la contratación y revisión de soportes entregados de los proveedores necesarios para la ejecución de actividades de los equipos básicos de atención en salud del municipio de Puerto Carreño.

7. Apoyo en la verificación del cumplimiento de las caracterizaciones, planes de cuidado y activaciones de ruta por micro territorios priorizados, realizadas y los planes integrales de cuidado familiar del municipio de Puerto Carreño de acuerdo a los lineamientos de la resolución 1735 del 2023 y 1034 del 2024, revisión de digitalizaciones en relación a las caracterizaciones realizadas por grupo y consolidado de la información en caso que se requiera.
8. Apoyo en la elaboración y reporte de informes de los indicadores requeridos en los lineamientos de la resolución 1735 del 2023 y 1034 del 2024 y otros que correspondan por territorios y micro territorios priorizados del municipio de Puerto Carreño y demás requeridos por los entes de control e instituciones de vigilancia.
9. Apoyo en la participación de cada asistencia técnica requerida por el ente territorial en cuanto a los lineamientos de los equipos básicos de atención en salud para el municipio de Puerto Carreño.
10. Apoyo a la digitalización en la plataforma de survey 123 si se requiere por parte del municipio de Puerto Carreño.
11. Apoyo en la gestión para reporte mensual y consolidación de la información solicitados por los diferentes cooperantes departamentales en cuanto a la resolución 1735 del 2023 y 1034 del 2024 en el municipio Puerto Carreño a reportar en la plataforma PISIS tanto financiera como técnico y donde se requiera.
12. Apoyar en el desarrollo de estrategias de manera articulada de los equipos básicos de atención en salud y otras áreas institucionales en cuanto al cumplimiento de las actividades asignadas, educación, autogestión y articulación para la atención primaria en salud integral.
13. Apoyo en la consolidación y presentación de informes relacionados con la ejecución de actividades del plan integral de cuidado y las que se requieran del municipio de Puerto Carreño.
14. Otras funciones delegadas por la supervisora del contrato.

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

Año 2024

Contrato Prestación de Servicios N°:	**0377**
Plazo De Ejecución:	23 de enero al 31 de enero

Que, en cumplimiento del objeto de los contratos antes relacionados **SARAY VALERIA ROJAS SILVA,** cumplió las siguientes actividades específicas:

1. Realizar el alistamiento, clasificación, archivo, organización y ubicación de los documentos dentro del archivo.
2. Velar por el perfecto estado de los documentos dentro de los depósitos, recomendando las medidas de preservación y conservación vigentes para una excelente preservación

PROYECTÓ: KATHERIN JULIETH MEDINA VALLEJO
ADMINISTRADORA DE EMPRESAS DE LA E.S.E

del material custodiado en el archivo, en cuanto a temperatura, humedad, espacio físico, mobiliario, equipo, programas de prevención de desastres, incendios, etc.

3. Definir metodologías para desarrollar procesos archivísticos.
4. Adoptar, acoger y promover la aplicación de las normas básicas sobre archivos, sus funciones y procesos.
5. Formular, proponer y difundir proyectos de normalización que contribuyan al desarrollo archivístico y a la protección del patrimonio documental de la E.S.E.
6. Propender por la localización, identificación, catalogación y difusión del patrimonio documental institucional.
7. Suministrar expedientes y/o documentos a las diferentes unidades, según la normativa vigente y Llevar el control de préstamos.
8. Preparar los índices y rótulos de identificación del contenido de las carpetas.
9. Recibir el material desincorporado del archivo de gestión de las diferentes dependencias.
10. Desincorporar de acuerdo con las normas establecidas, documentos y expedientes activos y los incorpora al archivo de inactivos.
11. Proporcionar información del material archivado, según las normas.
12. Realizar y/o participar en las capacitaciones programadas dentro de los planes institucionales en la vigencia 2024 que se encuentran dentro de su competencia entregando como soporte listas de asistencia, acta de capacitación y pretest con evidencia fotográfica. Tanto la asistencia como realización de las mismas son de carácter obligatorio y se tendrán en cuenta en a revisión de informes de actividades mensuales.

La presente certificación se expide en Puerto Carreño - Vichada, a los 17 días del mes de octubre 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 DE LA E.S.E

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 141163448851

(415)7707212489984(8020) 000014116344885 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 0 7 3 1 0 1 2 9	8	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 7 3 1 0 1 2 9	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ROJAS	SILVA	SARAY	VALERIA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal
CA 7 MZ D BRR VILLA ORINOCO

42. Correo electrónico valesilva1612@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
7 2 2 0	2 0 2 5 0 2 2 0						2 3 1 1	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 2 61. Fecha 2025-02-20 / 03:20:27PM

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 NUÑEZ ARENAS CARLOS ANDRES

985. Cargo Analista V

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO



¡Qué bueno que sigues con nosotros!

Estimado,

ROJAS SILVA SARAY VALERIA

¡Nos alegra que hayas renovado la protección con tu aseguradora global de

Para nosotros es una exelente noticia seguir contando con clientes como tú. Sigue disfrutando de todas las ventajas y beneficios de estar asegurado con MAPFRE y recuerda que toda la documentación de tu póliza la encuentras en los siguientes enlaces:

[redacted]

Recuerda que contamos con diferentes alternativas de pago. Más información, haciendo cli[redacted]

Ten siempre presente que tu asesor de confianza es:

AREVALO ROBAYO MAYERLI
Móvil: 3208014065
Email: MAYERLIAREVALO1783@HOTMAIL.COM

Sigue gestionando tus productos en clientes.mapfre.com.co y revisando tu perfil de mapfretecuidamos.com.co, nuestro programa lleno de ventajas para ti. Y por supuesto, mantente al día en

[redacted] @mapfreco [redacted] @MAPFRE_CO [redacted] @MAPFREco

Seguimos contigo, siempre de tu lado.

#MAPFREMásCercaDeTi

mapfre.com.co

¿Necesitas Asistencia?
ESCANÉAME

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

RC MÉDICA MAPFRE

PÓLIZA R.C. PROFESIONAL MÉDICOS INDIVIDUALES

INFORMACIÓN GENERAL

RAMO / PRODUCTO	CERTIFICADO	FACTURA	OFICINA MAPFRE	DIRECCION	CIUDAD
272 / 732	1	1	COMERCIO ELECTRONICO	Avenida Carrera 70 No 99 - 72	BOGOTA D.C.

TOMADOR	NIT / CC	DIRECCIÓN	CIUDAD	TELEFONO
ROJAS SILVA SARAY VALERIA	1007310129	CL 18 # 10 - 43 NORTE	PUERTO CARRENO	

ASEGURADO	NIT / CC	DIRECCIÓN	CIUDAD	TELEFONO
ROJAS SILVA SARAY VALERIA	1007310129	CL 18 # 10 - 43 NORTE	PUERTO CARRENO	
ASEGURADO	NIT / CC	DIRECCIÓN	CIUDAD	TELEFONO
N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	

BENEFICIARIO	NIT / CC	DIRECCIÓN	CIUDAD	TELEFONO
CUALQUIER TERCERO AFECTADO	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.

PARTICIPACIÓN DE INTERMEDIARIOS

NOMBRE DEL PRODUCTOR	CLASE	CLAVE	TELEFONO	% PARTICIPACION
AREVALO ROBAYO MAYERLI	ADM	12339	3208014065	100,00

INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA

FECHA DE EXPEDICIÓN		
DÍA	MES	AÑO
19	8	2026

VIGENCIA POLIZA						
	HORA	DÍA	MES	AÑO	No. DÍAS
INICIACIÓN	00:00	11	8	2026	365
TERMINACIÓN	00:00	11	8	2027	

VIGENCIA CERTIFICADO					
	HORA	DÍA	MES	AÑO	No. DÍAS
INICIACIÓN	00:00	11	8	2026	365
TERMINACIÓN	00:00	11	8	2027	

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

ACTIVIDAD	PSICOLOGIA
ESPECIALIDAD	PSICOLOGIA
DIRECCION DEL RIESGO	
DEPARTAMENTO	VICHADA
CIUDAD	PUERTO CARRENO



COBERTURAS

COBERTURAS	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE
R.C. actos medicos - Medicos	$100.000.000,00	10 % PERD Min 500000 (PESOS COLOMBIANOS)
Gastos de defensa	$40.000.000,00	5 % PERD
Responsabilidad Civil acto m. aux o dependiente	$100.000.000,00	10 % PERD Min 500000 (PESOS COLOMBIANOS)
Asistencia medica emergencia	$100.000.000,00	10 % PERD Min 500000 (PESOS COLOMBIANOS)

Profesionalmente ... Seguro



Aplica el Condicionado General Codigo: 28/05/2024-1326-P-06-00000VTE062MAY24 -D001126052024

SMMLV: SALARIOS MINMOS LEGALES VIGENTES
N.D.: NO DECLARADO
V.A.R. : VALOR ASEGURADO DEL ARTICULO
PERD.: VALOR PERDIDA
VAP: VALOR ASEGURABLE DEL PREDIO AFECTADO
V.A.A. : VALOR ASEGURABLE ARTICULO POLIZA

Estimado cliente, para conocer los condicionados del producto contratado y una amplia información sobre nuestros productos y servicios puede consultar la página web www.mapfre.com.co.

mapfre

VALORES COTIZACÍÓN (PESOS COLOMBIANOS)

TOTAL PRIMA NETA	GASTOS DE EXPEDICION	SUBTOTAL	VALOR IMPUESTO A LAS VENTAS	TOTAL A PAGAR
$ 133.082,00	$ 20.000,00	$ 153.082,00	$ 29.086,00	$ 182.168,00

(415)7707289180029(8020)032151280479(3900)0000182168(96)20260811

SE ANEXAN CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES PÓLIZA

Observaciones RENOVACIËN DE PËLIZA

LAS PARTES ACUERDAN QUE EL TOMADOR PAGARA LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA, A MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA MISMA, LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA, PRODUCIR´Á LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DE LA PÓLIZA Y DARÁ DERECHO A MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. A EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO Y SUS CERTIFICADOS Y ANEXOS.

ANEXOS

CLAUSULAS

RESPONSABILIDAD CIVIL PARA MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD.

COBERTURA CON BASE EN OCURRENCIA CON DOS AÑOS SUNSET.

AMPAROS

R.C COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER 'ACTO MÉDICO' DERIVADO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN SALUD DE LAS PERSONAS.

R.C. CONSECUENCIA DE ASISTENCIA MÉDICA DE EMERGENCIA A PERSONA O PERSONAS, EN CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACIÓN LEGAL Y/O UN DEBER DE HUMANIDAD GENERALMENTE ACEPTADO.

R.C. DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES (INCLUIDOS RIESGOS MORALES) SUBLIMITADO AL 50% DEL VALOR ASEGURADO, POR EVENTO / VIGENCIA. ESTE VALOR ESTA INCLUIDO EN EL LÍMITE ASEGURADO BÁSICO Y NO EN EXCESO DE ESTE.

GASTOS JUDICIALES SUBLIMITADO 40% DEL LIMITE ASEGURADO EVENTO / VIGENCIA ESTE VALOR SE ENCUENTRA INCLUIDO EN EL LÍMITE ASEGURADO CONTRATADO Y NO EN EXCESO DE ÉSTE.

PLO (PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES) EN EXCESO DE LA RC EXTRACONTRACTUAL. SUBLIMITADO AL 20% DEL VALOR ASEGURADO, POR EVENTO / VIGENCIA. ESTE VALOR ESTA INCLUIDO EN EL LÍMITE ASEGURADO BÁSICO Y NO EN EXCESO DE ESTE.

DEDUCIBLES:

PARA LAS COBERTURAS DE RESPONSABILIDAD CIVIL ACTOS MÉDICOS, RESPONSABILIDAD CIVIL ACTO MÉDICO AUXILIAR O DEPENDIENTE: 10 % PERD MIN $1.000.000 (PESOS COLOMBIANOS).

PARA DEMÁS EVENTOS: 10% PÉRDIDA.

NO SE OTORGA

EXCLUSIÓN DE PANDEMIAS/EPIDEMIAS/ENFERMEDADES POR CORONAVIRUS.

R.C. EXTRACONTRACTUAL.

BIENES BAJO CUIDADO TENENCIA Y CONTROL.

RESTABLECIMIENTO AUTOMÁTICO DE VALOR ASEGURADO.

ERRORES E INEXACTITUDES DIFERENTES AL LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD.

RENOVACIÓN AUTOMÁTICA.

R.C PROFESIONAL DEL ÁREA O ACTIVIDADES NETAMENTE ADMINISTRATIVAS.

LOS PROCEDIMIENTOS ESTÉTICOS Y DE CIRUGÍA PLÁSTICA SALVO QUE SE TRATE DE UNA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA POR MALFORMACIONES CONGÉNITAS O EN CASO DE ACCIDENTE.

PROVISIÓN DE SERVICIOS DE EMERGENCIA/URGENCIA DOMICILIARIOS.

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.

SE HACE CONSTAR QUE EL SOLICITANTE DE ESTE SEGURO DECLARA CONOCER Y ACEPTAR ÍNTEGRAMENTE LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES QUE SE APLICARÁN EN LA PÓLIZA.

LA SOLICITUD DE SEGURO TIENE EL TENOR DE UNA DECLARACIÓN JURADA. LA SOLICITUD FORMA PARTE INTEGRANTE DEL CONTRATO DE SEGURO (ART. 1048. CÓDIGO DE COMERCIO).

EL ASEGURADO TIENE EL DEBER DE AVISAR A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DENTRO DE LAS 72 HORAS DE TODA MODIFICACIÓN EN LA INFORMACIÓN DECLARADA, QUEDANDO SUJETO A LA CLÁUSULA DE RETICENCIA Y LA CLÁUSULA DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

1. SIN PERJUICIO DE LO DISPUESTO EN OTRO SENTIDO EN LA PRESENTE PÓLIZA, ESTE SEGURO EXCLUYE CUALQUIER PÉRDIDA, DAÑO, RESPONSABILIDAD, RECLAMACIÓN, COSTE O GASTO DE CUALQUIER NATURALEZA, DIRECTA O INDIRECTAMENTE CAUSADO POR, QUE SURJA DE, QUE RESULTE DE O DERIVADO DE O EN RELACIÓN CON UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE O EL TEMOR O LA AMENAZA (YA SEA REAL O PERCIBIDA) DE UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE CON INDEPENDENCIA DE CUALQUIER OTRA CAUSA O EVENTO QUE CONTRIBUYA DE MANERA SIMULTÁNEA O EN CUALQUIER OTRA SECUENCIA A ELLO.

2. TAL COMO SE UTILIZA EN EL PRESENTE DOCUMENTO, SE ENTIENDE POR ENFERMEDAD TRANSMISIBLE TODA ENFERMEDAD QUE PUEDA SER TRANSMITIDA POR MEDIO DE CUALQUIER SUSTANCIA O AGENTE DESDE UN ORGANISMO CUALQUIERA A OTRO ORGANISMO, EN LA PRESENTE DEFINICIÓN:

2.1 LA SUSTANCIA O EL AGENTE INCLUYE, ENTRE OTROS, UN VIRUS, UNA BACTERIA, UN PARÁSITO U OTRO ORGANISMO O CUALQUIER VARIACIÓN DE ESTOS, YA SEA QUE SE CONSIDEREN VIVOS O NO. Y

2.2 EL MÉTODO DE TRANSMISIÓN YA SEA DIRECTO O INDIRECTO, INCLUYE, ENTRE OTROS, LA TRANSMISIÓN POR AIRE, LA TRANSMISIÓN POR FLUIDOS CORPORALES, LA TRANSMISIÓN DESDE O HACIA CUALQUIER SUPERFICIE U OBJETO, SÓLIDO, LÍQUIDO O GAS O ENTRE ORGANISMOS. Y,

2.3 LA ENFERMEDAD, LA SUSTANCIA O EL AGENTE PUEDEN CAUSAR O AMENAZAR CON CAUSAR DAÑOS A LA SALUD O AL BIENESTAR DE LAS PERSONAS O PUEDEN CAUSAR O AMENAZAR CON CAUSAR DAÑOS, DETERIORO, PÉRDIDA DE VALOR, COMERCIABILIDAD O PÉRDIDA DE USO DE LOS BIENES.

Aplica el Condicionado General Codigo: 28/05/2024-1326-P-06-00000VTE062MAY24 -D00126052024

SMMLV: SALARIOS MINMOS LEGALES VIGENTES
N.D.: NO DECLARADO

V.A.R. : VALOR ASEGURADO DEL ARTICULO
PERD.: VALOR PERDIDA

VAP: VALOR ASEGURABLE DEL PREDIO AFECTADO
V.A.A. : VALOR ASEGURABLE ARTICULO POLIZA

Estimado cliente, para conocer los condicionados del producto contratado y una amplia información sobre nuestros productos y servicios puede consultar la página web www.mapfre.com.co.

FORMA PARTE INTEGRANTE DEL CONTRATO DE SEGURO (ART. 1048. CÓDIGO DE COMERCIO).

REGIMEN COMUN SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES, RESOLUCION 2509 DE DICIEMBRE 3/93. AGENTE RETENEDOR DEL IVA. SOMOS AUTORRETENEDORES SEGÚN RESOLUCIÓN **5098** DE JUNIO **21** DE **2013**.
ESTE DOCUMENTO EQUIVALE A UNA FACTURA DE CONFORMIDAD CON EL ART. 5 DECRETO 1165/96

MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA

TOMADOR

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:15:00 horas del 04/11/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1007310129,** Apellidos y Nombres **ROJAS SILVA SARAY VALERIA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HOSPITAL DEPARTAMENTAL 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.

© 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 miércoles 04 de noviembre de 2026, a las 10:16:21, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1007310129
Código de Verificación	1007310129261104101621

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. 305852776

PIB
10:23:01

Bogotá DC, 04 de noviembre del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) SARAY VALERIA ROJAS SILVA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1007310129:

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 10:18:18 AM horas del 04/11/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1007310129**

Apellidos y Nombres: **ROJAS SILVA SARAY VALERIA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

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

Todos los derechos reservados.

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, 04/11/2026 10:23:48 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1007310129** y Nombre: **SARAY VALERIA ROJAS SILVA.**

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. **150883874** . 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

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 1007310129 **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 04/11/2026 10:24 AM

Código Verificación: **RF8BSHQ73U**

Válida hasta: **04/02/2027**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) SARAY VALERIA ROJAS SILVA identificado(a) con CC 1007310129 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 18/07/2023

Estado de la Afiliación: **Vigente**

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

Categoría: **A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 24 días del mes 9 del año 2026.

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

Observaciones:

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

Cordialmente,



Protección

Una empresa sura

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ROJAS SILVA SARAY VALERIA** identificado(a) con **CC** número **1.007.310.129** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 27 de julio 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 04 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**

DIPOSALUD
Nit.900.653.426-0
Cra 12 # 36 -30 Brr Santa Helenita
diposalud@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 216.498

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
24 DÍA	02 MES	2025 AÑO	PUERTO CARREÑO (VICHADA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR DE INGRESO

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

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

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

ROJAS SILVA SARAY VALERIA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	23 AÑOS 0 MESES 5 DÍAS	CC	1007310129
Apellidos y Nombres	Teléfonos		Tipo	Número

Cargo
PSICOLOGA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR DE INGRESO ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : DERMATOLOGIA	USO DE EPP : SI LOS LLEGARE A REQUERIR	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA
	CAPACITACIÓN	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico

Dr. Israel David Potes C.
Médica Esp. Salud Ocupacional
Licencia Salud Ocupacional
Res. 13782. 2 Nov/2021 - RM 2816/99

Firma:

Nombre: POTES CAMPO ISRAEL DAVID
R. M.: 2816 DE 1999 **L.S.O.:** 13782 DE 2 DE NOVIEM

Aspirante o Trabajador

Saray Valeria R.

Firma:

Nombre: ROJAS SILVA SARAY VALERIA
CC: 1007310129

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7 - 47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que SARAY VALERIA ROJAS SILVA, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.007.310.129 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuenta de Ahorros Cuentas Privadas No. 085512705, abierta/o desde el 5/6/2024.

Se expide en Bogotá el día 4 del mes de Noviembre del año 2026



_____

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

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

Yo, ***SARAY VALERIA ROJAS SILVA*** identificado(a) con cédula de ciudadanía No***. 1.007.310.129*** expedida en ***Bogota,*** 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: Valeria R.

Nombre: SARAY VALERIA ROJAS SILVA_

Identificación: CC. 1007310129

Fecha: 13/11/2026

c6a9436a-1be2-4350-974d-e4fa589fd3f2

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Saray Valeria Rojas silva

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: 85,00 %

4 de febrero de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

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

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=c6a9436a-1be2-4350-974d-e4fa589fd3f2

HOSPITAL DEPARTAMENTAL
SAN JUAN DE DIOS E.S.E
Puerto Carreño - Vichada

CERTIFICADO

Hace constar que:

Saray Valeria Rojas Silva

Con documento de identidad CC: 1.007.310.129

Cursó y aprobó:

MISIÓN MÉDICA

Puerto Carreño / Vichada
20 de diciembre del 2023

PAULA ANDREA ZULETA T.
Multiplicadora Misión Médica

MISIÓN MÉDICA

INNOVASALUD

Profesionales más capacitados, pacientes más seguros.

NIT 901.871.825

CERTIFICA QUE

SARAY VALERIA ROJAS SILVA

IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 1007310129

Asistió al curso Básico:

ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VÍCTIMAS PAPSIVI

Con una intensidad horaria de 45 horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 18 DÍAS DEL MES DE AGOSTO DEL 2026, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE EL MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

LEIDY DANIELA GOMEZ ORJUELA
REPRESENTANTE LEGAL

CHRISTIAN CAMILO CRUZ QUINTERO
GERENTE

ESTADO DE VIGENCIA: VENCE EN UN (1) AÑO DESDE SU FECHA DE EXPEDICIÓN

DECRETO 1075 DE 2015 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:

SARAY VALERIA ROJAS SILVA

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1007310129

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 2026-08-01.
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:

SARAY VALERIA ROJAS SILVA

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1007310129

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 2026-08-01.
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:

SARAY VALERIA ROJAS SILVA

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1007310129

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

MISIÓN MEDICA (CURSO BASICO)

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

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-03-09.
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:

SARAY VALERIA ROJAS SILVA

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1007310129

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

PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS (PAP)(BÁSICO)

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

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-03-09.
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:

SARAY VALERIA ROJAS SILVA

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1007310129

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 2026-07-01.
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:

SARAY VALERIA ROJAS SILVA

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1007310129

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

INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE) (BASICO)

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

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-08-01.
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:

SARAY VALERIA ROJAS SILVA

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1007310129

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 2026-07-01.
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:

SARAY VALERIA ROJAS SILVA

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1007310129

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

MANEJO Y GESTIÓN DEL DUELO (BASICO)

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

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-08-01.
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:

SARAY VALERIA ROJAS SILVA

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1007310129

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

PRIMEROS AUXILIOS (PA) (BASICO)

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

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-07-01.
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

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

Consérvelo

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

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Saray Valeña

Apellidos: Rojas Silva

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

Número de documento: 1007310129

Fecha de nacimiento: Día 20 Mes 02 Año 2002

Scanned with CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única	27/02/25	0091W013B	Jamile A.
Fiebre Amarilla	Única	5-03-03	W3D50	David P.
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	24-01-24	233L027C	wilson M
	2	14-05-25	233J037C	Tatiana H.
	3	06/07/26	2334L016E	Tatiana H
	4			
	5	Cita: 06/07/2031		
TdaP acelular	1			
	2			
Hepatitis B	1	11-08-25	220500522GA	Esteban P.
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	Anual	24-01-24	V5C523004	Wilson M.
	Anual	30/04/25	V5C523003	Tatiana H
Otras	Aztrazenecca 1ª	24-06-21	ABX6491	Mabel L.
	Aztrazeneca 2ª	22-09-21	PU46683	paulina L.
	1er Ref.			
	2do Ref.			
	Influenza A	26-6	5052G001	Bertilda V.

Scanned with CamScanner

Scanned with CamScanner