Puerto Carreño Vichada 09 de Noviembre del 2026

GERENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS PUERTO

CARREÑO

Asunto: Propuesta para contrato de prestación de servicios Medico General Apreciado doctor:

De manera muy atenta y respetuosa me dirijo a usted para presentar la propuesta de actividades como **MEDICO GENERAL**. De la E.S.E Hospital San Juan de Dios, del municipio de Puerto Carreño Vichada desarrollando las siguientes obligaciones:

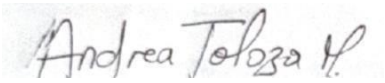
CONSULTA EXTERNA

1. Prestar atención médica general, formular diagnosticar, y -prescribir el tratamiento que deben seguir los usuarios, conforme a lo establecido. en los protocolos o guías de manejo. Atención de programas juventud adultez crónicos según resolución Nº 3280.
2. Prestar la atención requerida a los usuarios de acuerdo a los criterios enmarcados en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad relacionado ·con la oportunidad, continuidad, pertinencia, · seguridad y racionalidad técnico científica.
3. Efectuar exámenes de medicina general a fin de establecer diagnósticos y prescribir el tratamiento de acuerdo a la especialidad requerida de manera oportuna.
4. Detectar la presencia de todas aquellas situaciones que sean factor de riesgo epidemiológico, elaborar las fichas de notificación correspondiente al sivigila de los eventos de interés en salud pública con base en los protocolos y adoptar las medidas contundentes para aminorar sus efectos.
5. Prescribir o realizar procedimientos especiales para ayuda en el diagnostico o en el manejo de los usuarios-según sea el caso.
6. Cumplir con el cronograma de actividades programadas.
7. Realizar interconsulta y remitir pacientes a médicos especialistas cuando se requieran siguiendo las normas del sistema de remisión de pacientes.
8. Elaborar las historias clínicas, y formatos que hacen parte de la atención integral del paciente de acuerdo con los criterios. establecidos en la normatividad vigente en la materia, con oportunidad y transparencia.
9. Seleccionar e identificar pacientes· para darle. ingreso al programa de PyP de recién nacidos, niños, adultos mayores, hipertensos, diabéticos, y. demás población objeto.
10. Diligenciar las fichas de notificación. obligatoria de los eventos de salud pública de conformidad con el procedimiento establecido.
11. Efectuar consultas y actividades de medicina general en promoción y prevención, según' el área de desempeño, con criterios de calidad de conformidad con los lineamientos y políticas institucionales establecidas.
12. Diligenciar en la historia clínica del usuario los avances y progresos del tratamiento del PYP.
13. Diligenciar en forma organizada y oportuna los diferentes registros médicos y estadísticos.
14. Orientar a los usuarios sobre trámites a seguir' de acuerdo a las órdenes médicas.
15. Elaborar las historias clínicas, y formatos que hacen parte de la atención integral del paciente de acuerdo con los tiempos y criterios establecidos en la normatividad vigente, con oportunidad y transparencia
16. Participar en la evaluación y actualización de· los procedimientos de las áreas de su competencia; con el propósito de optimizar la utilización de los · recursos disponibles y garantizar la calidad de los servicios los usuarios.
17. Aplicar las normas universales de bioseguridad y las específicas según las labores diarias que realice.
18. Aplicar normas, guías y protocolos establecidos que garanticen la. adecuada prestación del servicio y correcto diligenciamiento de registros y de historias clínicas. . .
19. Realizar las teleconsultas - Telemedicina, asignadas y de responsabilidad del servicio en el que se encuentre.

20. Realizar socialización de las guías y protocolos de manejo según su especialidad y designación
21. Participar en socializaciones talleres y las estrategias de · educación continuada en el marco de la estrategia Acciones Inmediatas en Hospitales AIH liderada por: el Ministerio de Salud.
22. Adoptar las rutas de atención integral en salud según resolución 3280 de 2018 y la resolución 276 de 2019.
23. Cumplir con horario nocturno según cuadro de turnos estipulado por el coordinador y/o supervisor de contrato.
24. cumplir con las agendas concertadas según cuadro de turnos estipulado por el coordinador y/o supervisor de contrato
25. Participar en brigadas de salud y programas extramurales que se programen en la zona.
26. Tener disponibilidad para trasladarse fuera del área urbana del municipio de ejecución del contrato y del departamento de Vichada.
27. En el evento en que la entidad contratante requiera la prestación del servicio en lugar diferente al domicilio contractual, previa autorización del desplazamiento, se deberá entregar informe escrito de las actividades desarrolladas, con el fin de dar legalidad a los dineros entregados para el desarrollo de las funciones.
28. Desarrollar sus actividades en forma eficiente, oportuna y a cabalidad para el logro de los objetivos propuestos por el supervisor.
29. Ejecutar las demás actividades que le sean asignadas por la supervisión, que estén relacionadas con la naturaleza y objeto del contrato.
30. Realizar y/o participar en las capacitaciones programadas dentro de los planes institucionales en la vigencia 2026 que se encuentran dentro de su competencia entregando como soporte listas de asistencia, acta de capacitación y pretest con evidencia fotográfica. Tanto la asistencia como realización de las mismas son de carácter obligatorio y se tendrán en cuenta en la revisión de informes de actividades mensuales

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 LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA, Y QUE EN CONSECUENCIA NO EXISTE NINGUNA FALSEDAD EN LA MISMA, SIENDO CONSCIENTES DE LAS CONSECUENCIAS JURÍDICAS Y DE CUALQUIER ÍNDOLE QUE PUEDEN DERIVARSE DE CUALQUIER FALSEDAD QUE SE EVIDENCIE EN LA INFORMACIÓN O DECLARACIONES CONTENIDAS EN LA PRESENTE PROPUESTA



Secop: ANDREA-TOLOZA
Correo: andrea11tm@gmail.com
Celular: 3206947639

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
Toloza	Muñoz	Andrea Sofia

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1193065571	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 17 MES 01 AÑO 2001	calle 18 #10-43			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	VICHADA
DEPTO	MAGDALENA	MUNICIPIO	PUERTO CARREÑO		
MUNICIPIO	ZAPAYÁN	TELÉFONO	3206047639	EMAIL	andrea11tm@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	1X1°	MES	12	AÑO	2017

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	12	X		MEDICINA	07	2024	1193065571

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	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	13	*Mes*	08	*Año*	2026	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL ´MEDICO GENERAL EN EL HOSPITAL	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIA						*DIRECCIÓN*				
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 3206407639	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	09	*Mes*	04	*Año*	2026	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL ´MEDICO GENERAL EN EL HOSPITAL	*DEPENDENCIA* AREA ASISTECIAL						*DIRECCIÓN*				

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	*FECHA DE INGRESO* *Día* 02 *Mes* 03 *Año* 2026	*FECHA DE RETIRO* *Día* 31 *Mes* 03 *Año* 2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL ´MEDICO GENERAL EN EL HOSPITAL	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL	*DIRECCIÓN*

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 3206047639	*FECHA DE INGRESO* *Día* 22 *Mes* 01 *Año* 2026	*FECHA DE RETIRO* *Día* 28 *Mes* 02 *Año* 2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENENRAL	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL	*DIRECCIÓN*

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 3504852026	*FECHA DE INGRESO* *Día* 03 *Mes* 07 *Año* 2025	*FECHA DE RETIRO* *Día* 31 *Mes* 12 *Año* 2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL	*DIRECCIÓN* CALLE 18 10 43 BARRIO LA PRIMAVERA

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO VICHADA	*MUNICIPIO* PUERTO CARREÑO	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS 3504852026	*FECHA DE INGRESO* *Día* 09 *Mes* 01 *Año* 2025	*FECHA DE RETIRO* *Día* 30 *Mes* 06 *Año* 2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL	*DIRECCIÓN* CALLE 18 10 43 BRRIO 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 3206047639	*FECHA DE INGRESO* *Día* 23 *Mes* 08 *Año* 2024	*FECHA DE RETIRO* *Día* 31 *Mes* 12 *Año* 2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL	*DIRECCIÓN* CALLE 18 10 43 BARRIO PRIMAVERA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

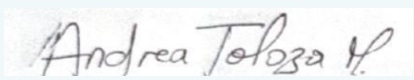
INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	2	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI__ NO _ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS 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 *09/11/2026*

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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	2026-08-10 07:34

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ANDREA	SOFIA	TOLOZA	MUÑOZ

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	1193065571

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	ZAPAYÁN

Lugar de domicilio

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	VICHADA	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	Departamento	Municipio
COLOMBIA	VICHADA	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	$50.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$50.000.000,00

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

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

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 Vichada 09 De noviembre 2026
Empresa, Hospital Departamental San Juan de Dios E.S.E
Ref.: Certificación Decreto 1070 de 2013, Clasificación de Personas Naturales

CERTIFICACIÓN BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

Yo **ANDREA SOFIA TOLOZA MUÑOOZ** , identificado con cédula ciudadanía No. 1.193.065.571expedida en ZAPAYAN MUNICIPIO DEL MAGDALENA para efectos de dar cumplimiento con el artículo 1 del decreto 1070 del 28 de mayo de 2013, certificó 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)**

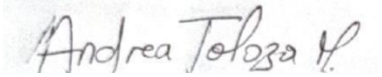
3. Estoy obligado (a) a presentar declaración de renta por el año gravable inmediatamente anterior: **SI (X) NO ( )**

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

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



Andrea Sofia Toloza Muñoz
C.C 1.193.065.571 Zapayan Magdalena





Powered by CamScanner

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

C119306557100355304
Codigo de verificacion

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA

CERTIFICA

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **ANDREA SOFIA TOLOZA MUÑOZ**, identificado(a) con C.C. No. 1193065571 y T.P. o R.M. No. 1193065571 del(a) Colegio Médico Colombiano, no registra sanciones vigentes.

Nota: Esta certificación de antecedentes contiene las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones que se encuentren vigentes en dicho momento. Link de Verificación de certificado de antecedentes www.tribunalnacionaldeeticamedica.org/certificados/validar/

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO"

Dada en Bogotá, D. C., el miércoles 21 octubre 2026 a solicitud del(a) interesado(a).

TRIBUNAL NACIONAL DE ETICA MEDICA
PRESIDENTE

HERMAN REDONDO GOMEZ
Presidente

Calle 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. (601)7212847 Bogotá D. C.
E - Mail antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org, www.tribunalnacionaldeeticamedica.org
antecedentestribunal@outlook.com

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD DIGITAL





QR DIGITAL

COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO CMC

SISPRO - Aplicativos Misionales

Menú

Iniciar Sesión Registrarse

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *: Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *: 1193065571

Primer Nombre: ANDREA

Primer Apellido: TOLOZA

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

4713

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2026-10-21→10:09:34 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1193065571	ANDREA	SOFIA	TOLOZA	MUÑOZ	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) ANDREA SOFIA TOLOZA MUÑOZ identificado(a) con CC 1193065571 registra La siguiente información:

2026-10-21→10:09:34 AM

Información Académica

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

Administrativo					
UNV	Local	MEDICINA	2024-07-31	127619	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Exonerado del SSO	Local	COLOMBIA|NO APLICA|	1900-01-01	1900-01-01	Sin Modalidad	Medicina	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

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

SISPRO

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

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

Contacto

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

Términos y condiciones

SANMARTÍN
Fundación Universitaria

Teniendo en cuenta que

Andrea Sofia Toloza Muñoz

Identificado(a) con C.C. 1193065571 de Zapayan

Ha cumplido satisfactoriamente los requisitos académicos de la Fundación,
le confiere el título de

Médico General

En fe de lo cual firmamos y refrendamos este diploma, en la
República de Colombia, Barranquilla D.C., a los veintiséis (26) días del mes de julio del año dos mil veinticuatro (2024).

Luis Eduardo Dávila S.
Decano

Rector

Secretario General

Personería Jurídica Resolución 12387 de Agosto 18 de 1981
REGISTRO No. 44458 FOLIO 160 DEL LIBRO 11

Diploma No. 53208

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTÍN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Sede Puerto Colombia
SNIES No. 106718

ACTA DE GRADO Nº 3316

En la ciudad de Barranquilla, el día veintiséis (26) del mes de julio del año dos mil veinticuatro (2024), se llevó a cabo el Acto de Graduación de la Facultad de Medicina, Sede Puerto Colombia; en el cual la Fundación Universitaria San Martín, Institución de Educación Superior debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional mediante Resolución Nº 12387 de 1981, y con la debida autorización de la Decanatura de la Facultad, según consta en el Listado Oficial No. 001 del día 28 de junio del año 2024 y previo el cumplimiento de los requisitos académicos, legales y reglamentarios, le confiere el título de

MÉDICO GENERAL

A:

Andrea Sofia Toloza Muñoz

Identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía Nº 1193065571

En cumplimiento de las normas reglamentarias se autoriza la entrega del Diploma Nº 53208 con Número de Registro 44458 anotado al Folio 160 del Libro 11 de fecha veintiséis (26) de julio del año dos mil veinticuatro (2024), información que reposa en la Secretaría General de la Fundación.

En fe de lo anterior se firma la presente Acta de Grado en la Ciudad de Bogotá, D.C., a los veintiséis (26) días del mes de julio del año dos mil veinticuatro (2024).

FERNANDO JOSE RESTREPO ESCOBAR
RECTOR

ALEJANDRO SUAREZ PARADA
SECRETARIO GENERAL

Acta de Grado

Institución Educativa Departamental
"Liceo Zapayán"

Punta de Piedras - Magdalena

Aprobado por la Secretaría de Educación del Departamento del Magdalena, según Resolución No 220 del 28 del mes de abril de 2015

En Punta de Piedras Magdalena, a los 17 días del mes de diciembre de 2017, atendiendo lo dispuesto en el numeral e), del Artículo 24 del Decreto 1860 de Agosto 3 de 1994, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos: Rector y Secretario (a) en la Rectoría de la Institución Educativa Departamental "Liceo Zapayán" del corregimiento de Punta de Piedras, Municipio de Zapayán, modalidad Académica, Institución aprobada hasta 11° en el nivel de **Educación Media** y autorizada por la Secretaría de Educación Departamental para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad Académica, según resolución No 220 del 28 de abril de 2015..

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios al Nivel de Educación Media, se procedió a otorgar el Título de **BACHILLER ACADEMICO** al graduando cuyo número de orden, nombres, apellidos y documento de identidad se relacionan a continuación.

No. De Orden : **41**
Nombres y Apellidos: **Andrea Sofía Toloza Muñoz**
Documento : T.I 1.193.065.571 expedida en Zapayán (Magdalena)

Es fiel copia tomada de su original No 41 de fecha 17 de diciembre de 2017 que consta de 44 Estudiantes graduados, comienza con el nombre de **Valentina Acuña Aconcha** y cierra con el Nombre de **José Gregorio Viana Támara.**

Dada en el municipio de Punta de Piedras, municipio Zapayán a los 17 días del mes de diciembre de 2017.

En constancia se firma la presente por quienes intervinieron, en cumplimiento de lo ordenado en el Artículo 11° del decreto 1860 de Agosto de 1994.
Firmado y Sellado,

Powered by CamScanner

Y en su nombre

Institución Educativa Departamental

"Liceo Zapayán"

Del Corregimiento de Punta de Piedras, Municipio de Zapayán - Magdalena
Reconocida Oficialmente por la Secretaría de la Educación del Departamento del Magdalena
Según resolución No. 220 del 28 de abril de 2015

Confiere a:

Andrea Sofía Toloza Muñoz

T.I No. 1.193.065.571 De Zapayán (Magdalena)

El Título de

Bachiller Académico

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

Rector

Secretario (a)

Anotado en el libro de Registro de Diploma

Powered by CamScanner

Educación

Salud

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-0549 del 06 de Febrero del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica que:

Andrea Sofía Toloza Muñoz

CC 1193065571 de Zapayán - Magdalena

Realizó el Curso en Soporte Vital Avanzado RCP (ACLS)
con un total de 80 Horas.

Validar certificado

Fecha de emisión: 2026-07-30
Fecha de vencimiento: 2028-07-30

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
R.3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Salud

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-0549 del 06 de Febrero del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica que:

Andrea Sofía Toloza Muñoz

CC 1193065571 de Zapayán - Magdalena

Realizó el Curso en Soporte Vital Básico RCP (BLS)
con un total de 80 Horas.

Validar certificado

Fecha de emisión: 2026-07-30
Fecha de vencimiento: 2028-07-30

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
R.3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

Salud

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-0549 del 06 de Febrero del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica que:

Andrea Sofía Toloza Muñoz

CC 1193065571 de Zapayán - Magdalena

Realizó el Curso en Manejo Integral en la Unidad de Cuidado Intensivos UCI Adulto.
con un total de 80 Horas.

Validar certificado

Fecha de emisión: 2026-07-31

Fecha de vencimiento: 2028-07-31

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
R.3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Salud

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-0549 del 06 de Febrero del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica que:

Andrea Sofía Toloza Muñoz

CC 1193065571 de Zapayán - Magdalena

Realizó el Curso en Manejo de Dolor y Cuidado Paliativo
con un total de 60 Horas.

Validar certificado

Fecha de emisión: 2026-07-31
Fecha de vencimiento: 2028-07-31

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
R.3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

Salud

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-0549 del 06 de Febrero del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica que:

Andrea Sofía Toloza Muñoz

CC 1193065571 de Zapayán - Magdalena

Realizó el Curso en Humanización en la Prestación de Servicios de Salud con un total de 80 Horas.

Validar certificado

Fecha de emisión: 2026-07-31

Fecha de vencimiento: 2028-07-31

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
R.3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

Salud

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-0549 del 06 de Febrero del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica que:

Andrea Sofía Toloza Muñoz

CC 1193065571 de Zapayán - Magdalena

Realizó el Curso en Asesoría Pre y Post en la Prueba Voluntaria de VIH y Sifilis, con Enfoque Diferencial

con un total de 48 Horas.

Validar certificado

Fecha de emisión: 2026-07-31

Fecha de vencimiento: 2028-07-31

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
R.3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Salud

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-0549 del 06 de Febrero del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica que:

Andrea Sofía Toloza Muñoz

CC 1193065571 de Zapayán - Magdalena

Realizó el Curso en Manejo Integral en la Unidad de Cuidado Intensivos UCI Pediátrico.
con un total de 80 Horas.

Validar certificado

Fecha de emisión: 2026-07-31

Fecha de vencimiento: 2028-07-31

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
R.3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Salud

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-0549 del 06 de Febrero del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica que:

Andrea Sofía Toloza Muñoz

CC 1193065571 de Zapayán - Magdalena

Realizó el Curso en Proceso manejo del Duelo Resolución 3100 / 2019
con un total de 80 Horas.

Validar certificado

Fecha de emisión: 2026-07-31

Fecha de vencimiento: 2028-07-31

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
R.3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Salud

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-0549 del 06 de Febrero del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica que:

Andrea Sofía Toloza Muñoz

CC 1193065571 de Zapayán - Magdalena

Realizó el Curso en Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI Clínico

con un total de 80 Horas.

Validar certificado

Fecha de emisión: 2026-07-31

Fecha de vencimiento: 2028-07-31

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
R.3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

Salud

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-0549 del 06 de Febrero del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica que:

Andrea Sofía Toloza Muñoz

CC 1193065571 de Zapayán - Magdalena

Realizó el Curso en Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual con enfoque diferencial - Código Fucsia (AIVVS)

con un total de 80 Horas.

Validar certificado

Fecha de emisión: 2026-07-31

Fecha de vencimiento: 2028-07-31

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
R.3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Salud

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-0549 del 06 de Febrero del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica que:

Andrea Sofía Toloza Muñoz

CC 1193065571 de Zapayán - Magdalena

Realizó el Curso en Misión Médica
con un total de 60 Horas.

Validar certificado

Fecha de emisión: 2026-07-31
Fecha de vencimiento: 2028-07-31

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
R.3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Instituto Nacional de Cancerología
Colombia
Por el control del cáncer

Hace constar que:

ANDREA SOFIA TOLOZA MUÑOZ

realizó el Curso Virtual de

Detección temprana de cáncer infantil

Con intensidad de 50 horas

La presente constancia no acredita, ni otorga título académico ni profesional alguno.

Como constancia se firma en la ciudad de Bogotá D.C. el 29 de Septiembre de 2025

QDaURg5q8N

Dra. Carolina Wiesner Ceballos
Directora General
Instituto Nacional de Cancerología

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud certifica que:

Andrea Sofía Toloza Muñoz

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

Diagnóstico y manejo clínico del dengue

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

3 de diciembre de 2022

Horas: 20

Dra. Carissa F. Etienne
Directora

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://mooc.campusvirtualsp.org/mod/simplecertificate/verify.php?code=638bb8b0-0fe4-4e89-9388-7301ac1f1c2e

Educación

Salud

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-0549 del 06 de Febrero del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica que:

Andrea Sofía Toloza Muñoz

CC 1193065571 de Zapayán - Magdalena

Realizó el Diplomado en Competencias Esenciales para el Cuidado del Donante.
con un total de 159 Horas.

Validar certificado

Fecha de emisión: 2026-08-11

Fecha de vencimiento: 2028-08-11

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
R.3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

Salud

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-0549 del 06 de Febrero del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica que:

Andrea Sofía Toloza Muñoz

CC 1193065571 de Zapayán - Magdalena

Realizó el Curso en Atención de Urgencias en Pacientes Víctimas de Ataque con Agentes Químicos

con un total de 80 Horas.

Validar certificado

Fecha de emisión: 2026-08-11

Fecha de vencimiento: 2028-08-11

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
R.3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

mipg | modelo integrado de planeación y gestión

Función Pública

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

ANDREA SOFIA TOLOZA MUÑOZ

C.C 1.193.065.571

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., 01 de agosto 2024

Henry Humberto Villamarín Serrano
Director de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 765785282000

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:

ANDREA SOFIA TOLOZA MUÑOZ

C.C 1.193.065.571

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., 01 de agosto 2024

Henry Humberto Villamarín Serrano

Director de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 765785282206


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:

ANDREA SOFIA TOLOZA MUÑOZ

C.C 1.193.065.571

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., 01 de agosto 2024

Henry Humberto Villamarín Serrano

Director de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 7657852823161


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:

ANDREA SOFIA TOLOZA MUÑOZ

C.C 1.193.065.571

Participó y completó el curso virtual:

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 31 de julio 2024



Aura Isabel Mora

Directora de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano

Código: 765785290000

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: **ANDREA SOFIA TOLOZA MUÑOZ,** identificada con la cédula de ciudadanía N° **1.193.065.571** 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 PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E*

Año 2026

Contrato Prestación de Servicios N°:	**0282**
Plazo De Ejecución:	22 de enero al 28 de febrero

Año 2025

Contrato Prestación de Servicios N°:	**0183**
Plazo De Ejecución:	09 de enero al 30 de abril
Dos meses de adición:	01 de mayo al 30 de junio
Contrato Prestación de Servicios N°:	**1421**
Plazo De Ejecución:	03 de julio al 30 de noviembre
Un mes de adición:	01 de diciembre al 31 de diciembre

Año 2024

Contrato Prestación de Servicios N°:	**1791**
Plazo De Ejecución:	23 de agosto al 31 de diciembre

Que, en cumplimiento del objeto de los contratos antes relacionados, **ANDREA SOFIA TOLOZA MUÑOZ,** cumplió las siguientes actividades específicas.

1. Prestar atención médica general, formular diagnosticar, y -prescribir el tratamiento que deben seguir los usuarios, conforme a lo establecido. en los protocolos o guías de manejo. Atención de programas juventud adultez crónicos según resolución Nº 3280.

2. Prestar la atención requerida a los usuarios de acuerdo a los criterios enmarcados en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad relacionado con la oportunidad, continuidad, pertinencia, seguridad y racionalidad técnico científica.
3. Efectuar exámenes de medicina general a fin de establecer diagnósticos y prescribir el tratamiento de acuerdo a la especialidad requerida de manera oportuna.
4. Detectar la presencia de todas aquellas situaciones que sean factor de riesgo epidemiológico, elaborar las fichas de notificación correspondiente al sivigila de los eventos de interés en salud pública con base en los protocolos y adoptar las medidas contundentes para aminorar sus efectos.
5. Prescribir o realizar procedimientos especiales para ayuda en el diagnostico o en el manejo de los usuarios según sea el caso.
6. Cumplir con el cronograma de actividades programadas.
7. Realizar interconsulta y remitir pacientes a médicos especialistas cuando se requieran siguiendo las normas del sistema de remisión de pacientes.
8. Elaborar las historias clínicas, y formatos que hacen parte de la atención integral del paciente de acuerdo con los criterios. establecidos en la normatividad vigente en la materia, con oportunidad y transparencia.
9. Seleccionar e identificar pacientes· para darle. ingreso al programa de PyP de recién nacidos, niños, adultos mayores, hipertensos, diabéticos, y. demás población objeto.
10. Diligenciar las fichas de notificación. obligatoria de los eventos de salud pública de conformidad con el procedimiento establecido.
11. Efectuar consultas y actividades de medicina general en promoción y prevención, según el área de desempeño, con criterios de calidad de conformidad con los lineamientos y políticas institucionales establecidas.
12. Diligenciar en la historia clínica del usuario los avances y progresos del tratamiento del PYP.
13. Diligenciar en forma organizada y oportuna los diferentes registros médicos y estadísticos.
14. Orientar a los usuarios sobre trámites a seguir de acuerdo a las órdenes médicas.
15. Elaborar las historias clínicas, y formatos que hacen parte de la atención integral del paciente de acuerdo con los tiempos y criterios establecidos en la normatividad vigente, con oportunidad y transparencia
16. Participar en la evaluación y actualización de los procedimientos de las áreas de su competencia; con el propósito de optimizar la utilización de los recursos disponibles y garantizar la calidad de los servicios los usuarios.
17. Aplicar las normas universales de bioseguridad y las específicas según las labores diarias que realice.
18. Aplicar normas, guías y protocolos establecidos que garanticen la. adecuada prestación del servicio y correcto diligenciamiento de registros y de historias clínicas.
19. Realizar las teleconsultas - Telemedicina, asignadas y de responsabilidad del servicio en el que se encuentre.
20. Realizar socialización de las guías y protocolos de manejo según su especialidad y designación

21. Participar en socializaciones talleres y las estrategias de · educación continuada en el marco de la estrategia Acciones Inmediatas en Hospitales AIH liderada por: el Ministerio de Salud.
22. Adoptar las rutas de atención integral en salud según resolución 3280 de 2018 y la resolución 276 de 2019.
23. Cumplir con horario nocturno según cuadro de turnos estipulado por el coordinador y/o supervisor de contrato.
24. Cumplir con las agendas concertadas según cuadro de turnos estipulado por el coordinador y/o supervisor de contrato.
25. Participar en brigadas de salud y programas extramurales que se programen en la zona.
26. Tener disponibilidad para trasladarse fuera del área urbana del municipio de ejecución del contrato y del departamento de Vichada.
27. En el evento en que la entidad contratante requiera la prestación del servicio en lugar diferente al domicilio contractual, previa autorización del desplazamiento, se deberá entregar informe escrito de las actividades desarrolladas, con el fin de dar legalidad a los dineros entregados para el desarrollo de las funciones.
28. Desarrollar sus actividades en forma eficiente, oportuna y a cabalidad para el logro de los objetivos propuestos por el supervisor.
29. Ejecutar las demás actividades que le sean asignadas por la supervisión, que estén relacionadas con la naturaleza y objeto del contrato.
30. Realizar y/o participar en las capacitaciones programadas dentro de los planes institucionales en la vigencia 2026 que se encuentran dentro de su competencia entregando como soporte listas de asistencia, acta de capacitación y pretest con evidencia fotográfica. Tanto la asistencia como realización de las mismas son de carácter obligatorio y se tendrán en cuenta en la revisión de informes de actividades mensuales.

La presente certificación se expide en Puerto Carreño - Vichada, a los 23 días del mes de febrero del 2026, 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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141144774947

(415)7707212489984(8020) 000014114477494 7

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

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Magdalena 4 7	Zapayán 9 6 0

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
TOLOZA	MUÑOZ	ANDREA	SOFIA

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
BRR CENTRO

42. Correo electrónico andrea11tm@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 0 6 0 4 7 6 3 9	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 2 1	2 0 2 4 0 7 2 5							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024-11-20 / 03:50:49PM

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:

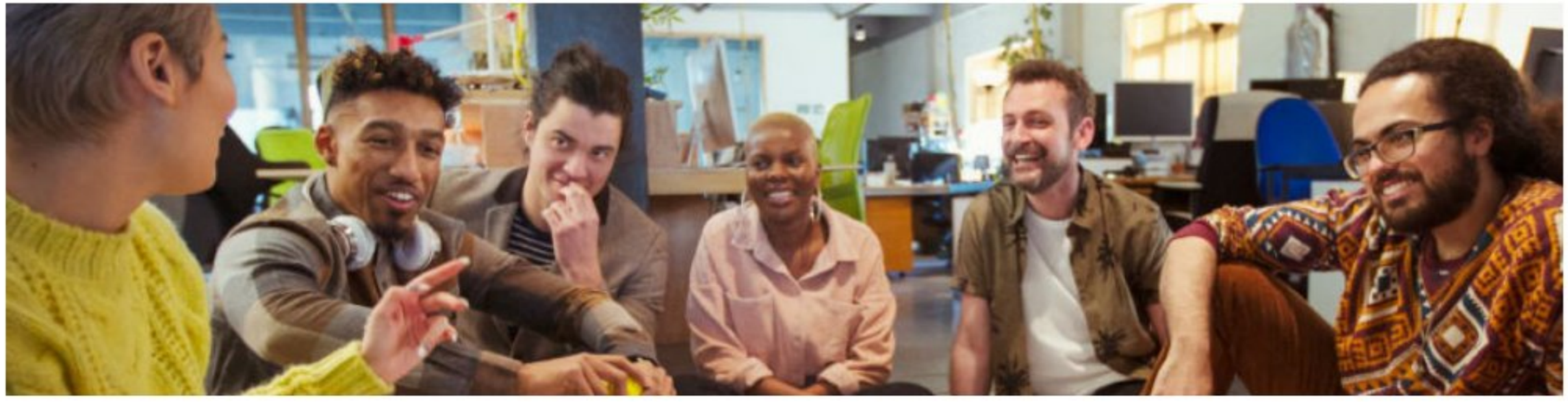
Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre TOLOZA MUÑOZ ANDREA SOFIA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO



INFORMACIÓN GENERAL

Ciudad y fecha	Oficina radicación	Número de cotización	Número de póliza	Documento
BARRANQUILLA, 2026-08-18	035 - BARRANQUILLA	03000605260812880259	900001661360	EXPEDICIÓN POLIZA NUEVA

Vigencia del seguro		Días de vigencia del seguro
Desde las 00:00 horas del 2026-08-18	Hasta las 23:59 horas del 2027-08-18	365

Moneda
COP

ASESOR

Nombre	Código
CRISTY RICO SEGUROS LIMITAD	9664

TOMADOR

Nombre	Tipo de identificación	Número de identificación	Tomador principal	Calidad Tomador	Dirección de correspondencia
ANDREA SOFIA TOLOZA MUÑOZ	CEDULA DE CIUDADANIA	1193065571	✓	En nombre propio	calle 11 #16-49 primavera



RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD

ASEGURADO

Nombre	Tipo de identificación	Número de identificación
ANDREA SOFIA TOLOZA MUÑOZ	CEDULA DE CIUDADANIA	1193065571

BENEFICIARIO

TERCEROS AFECTADOS

Especialidad: Médico General-

Valor asegurado: $550.000.000

Fecha de retroactividad: 18/08/2026

COBERTURA	SUBLÍMITE EVENTO	SUBLÍMITE VIGENCIA	DEDUCIBLE
Gastos de Defensa	100%	100%	0% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV
Gastos de defensa por tribunal de ética médica	100%	100%	10% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV
Gastos de Defensa (Penales)	10%	10%	10% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV
Asistencia juridica telefonica			
Responsabilidad civil por fallas en el tratamiento de datos sensibles o personales	50%	50%	10% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV
Errores y Omisiones en Dictamenes periciales	50%	50%	10% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV
Responsabilidad Civil profesional	100%	100%	10% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.

CONDICIONES PARTÍCULARES

Cláusulas

Cláusula gastos de defensa en procesos penales

Powered by CamScanner

Se cubren los gastos de defensa en procesos penales que sean concomitantes con y surjan a raíz de la reclamación civil de indemnización de perjuicios derivadas de daños materiales o lesiones personales. No se amparan los gastos de defensa en procesos penales sin el previo consentimiento escrito de Sura o aquellos procesos penales independientes.

Ampliación del término de revocación de la póliza

Ampliación del término de revocación de la póliza a treinta (30) días calendario.

Periodo adicional para notificaciones

Si SURA o el profesional de la salud deciden terminar, revocar o no renovar este seguro por razones diferentes al no pago de la prima, el profesional podrá contratar, en acuerdo con la aseguradora, un Período Adicional de Notificación siempre y cuando no contrate un nuevo seguro que cubra el mismo riesgo que este. El Período Adicional de Notificación se refiere exclusivamente a Actos Incorrectos ocurridos mientras este seguro haya estado vigente. Para obtener este periodo adicional de notificaciones, el profesional deberá comunicar por escrito a SURA su intención de contratarlo máximo hasta 10 días calendario antes de la fecha en la que se revocaría o no renovaría el seguro y deberá pagar la prima adicional establecida por la aseguradora, dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la mencionada fecha. Las Reclamaciones que se presenten durante el Período Adicional de Notificación afectarán el valor asegurado que tenía disponible el cliente al momento de la revocación o no renovación del seguro. El costo de este período adicional de notificaciones será: o 60% de la prima pagada en la última vigencia, para un período adicional de notificaciones de 12 meses. o 100% de la prima pagada en la última vigencia, para un período adicional de notificaciones de 24 meses. o 120% de la prima pagada en la última vigencia, para un período adicional de notificaciones de 36 meses.

Clausula de compensación

Si debes dinero a SURA y, a su vez, SURA tiene saldos a tu favor, pendientes de pago, la Compañía compensará dichos valores, de acuerdo con las reglas del Código Civil.

Condición de la póliza

Es parte integrante de la póliza el respectivo formulario debidamente diligenciado por parte del profesional de la salud.

Pago de las primas

El plazo para el pago de la prima será de 30 días entre la fecha de inicio de vigencia y la fecha de expedición la más reciente.

Ubicación de predios

E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS - CALLE 18 # 10-43 BARRIO LA PRIMAVERA-PUERTO CARREÑO-VICHADA

Modalidad de cobertura

Claims made o reclamación

Ampliación del plazo para el aviso del siniestro a diez (10) días hábiles

Ampliación del plazo para el aviso del siniestro a diez (10) días hábiles.

Único valor asegurado

Los valores especificados como límites y/o sublímites, se entenderán incluidos dentro del valor asegurado pactado.

No se acepta restablecimiento del límite asegurado en forma automática

No se acepta restablecimiento del límite asegurado en forma automática.

Exclusiones

Exclusión de servicios médicos prestados en el exterior

Se excluyen las reclamaciones cuando provengan de servicios médicos prestados en el exterior

Exclusión operación de bancos de sangre

Se excluyen las reclamaciones cuando provengan de operación de bancos de sangre

Exclusión de gastos médicos

Se excluyen las reclamaciones cuando provengan de gastos médicos en los que incluya el propio asegurado

Exclusión responsabilidad civil de directores y administradores

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Powered by CamScanner

Se excluye la Responsabilidad Civil de Administradores y Directores (D&O).

Exclusión ensayos clínicos, experimentos y manipulación genética.

Se excluyen las reclamaciones por ensayos clínicos, experimentos y manipulación genética.

Exclusión productos inseguros - defectuosos

Se excluyen las reclamaciones por productos inseguros ¿ defectuosos- fabricados, comercializados o entregados por usted

Exclusión de sangre infectada

Se excluyen las reclamaciones cuando provengan de sangre infectada

Textos y aclaraciones

Direccion de predios: E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS - CALLE 18 # 10-43 BARRIO LA PRIMAVERA-PUERTO CARREÑO-VICHADA

VALOR A PAGAR RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD

Tasa	Valor asegurado	Valor a pagar	Valor IVA	Valor total a pagar
0,8133‰	$550.000.000	$447.304	$84.988	$532.292
			Valor total a pagar más IVA	**$532.292**

VALOR A PAGAR DEL SEGURO

Solución	Valor a pagar	Valor IVA	Valor total a pagar
RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD	$447.304	$84.988	$532.292
VALOR TOTAL	**$447.304**	**$84.988**	**$532.292**



ASESORES

Código	Nombre del asesor principal	Lider
9664	CRISTY RICO SEGUROS LIMITAD	✓

CONDICIONES GENERALES

DATOS DE LAS CONDICIONES GENERALES APLICABLES

Solución	Fecha a partir de la cual se utiliza	Tipo y número de entidad	Tipo de documento	Ramo al cual pertenece	Identificación de la proforma
RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD	2009-06-01	13-18	P	06	F-01-13-064

Textos y aclaraciones del movimiento

Las asistencias de la póliza serán prestadas por Operaciones Generales Suramericana S.A.S. en todo caso Seguros Generales Suramericana S.A. será responsable frente al consumidor financiero.

DEFINICIONES

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.

Powered by CamScanner

SMMLV
Salario mínimo mensual legal vigente.

SMDLV
Salario mínimo diario legal vigente.

SUBLÍMITE
Todos los valores establecidos como sublimites en cualquiera de las coberturas de esta póliza se entienden incluidosdentro de la suma asegurada o límite máximo de responsabilidad asegurado, y por lo tanto no adicionan valor asegurado.

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. NIT 890.903.407-9.Somos Grandes Contribuyentes. Por favor no efectuar retención sobre IVA. Las primas deseguros no están sujetas a retención en la fuente (Decreto reglamentario 2509/85 Art 17). Autorretenedores Resolución 009965 de 2010. "Responsablede impuesto sobre las ventas régimen común agentes de retención". En virtud del numeral 28 del artículo 530 del Estatuto Tributario, el presente documento se encuentra exento del impuesto de timbre.

Este seguro terminará en el caso que el tomador, asegurado o beneficiario, sea incluido en listas vinculantes o restrictivas nacionales o internacionales, tales como Lista de Naciones Unidas (ONU), Lista de la Unión Europea, Lista OFAC (Oficina de Control de Activos Extranjeros) del Departamento del Tesoro de los EE.UU.; así mismo terminará en caso que sea sancionado por autoridades internacionales, tales como la OFAC o el Consejo de Seguridad de la ONU.

PARA EFECTOS DE CUALQUIER NOTIFICACIÓN, LA DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA ES CR 63 49 A 31 P 1 ED CAMACOL MEDELLIN SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. NIT 890.903.407-9 RESPONSABLE DEL IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS RÉGIMEN COMÚN.

Firma autorizada

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Powered by CamScanner

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 12:37:27 horas del 21/10/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1193065571,** Apellidos y Nombres **TOLOZA MUÑOZ ANDREA SOFIA**

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.

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

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 21 de octubre de 2026, a las 12:37:48, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1193066571
Código de Verificación	1193066571261021123748

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 MARTINEZ ROMERO
Contralor Delegado

Generó: WEB

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 305166314

PIB
12:39:29

Bogotá DC, 21 de octubre del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) ANDREA SOFIA TOLOZA MUÑOZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1193065571:

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 12:41:03 PM horas del 21/10/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1193065571**
Apellidos y Nombres: **TOLOZA MUÑOZ ANDREA SOFIA**

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

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

GOV.CO

Todos los derechos reservados.

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 21/10/2026 12:42:41 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1193065571** y Nombre: **ANDREA SOFIA TOLOZA MUÑOZ.**

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. **150005769** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

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

GOV.CO

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1193065571 **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 21/10/2026 12:44 PM

Código Verificación: **ZNCHR9EMS7**

Válida hasta: **21/01/2027**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) ANDREA SOFIA TOLOZA MU?OZ identificado(a) con CC 1193065571 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 24/08/2024

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 23 días del mes 10 del año 2026.

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

Observaciones:

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

Cordialmente,



LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ANDREA SOFIA TOLOZA MUÑOZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1193065571,** se encuentra afiliado/a desde **13/08/2024** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 21 de octubre de 2026.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificación

Bancaria

Jueves, 22 de octubre de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que ANDREA SOFIA TOLOZA MUÑOZ identificado(a) con CC 1193065571, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta de ahorros	52270938868	2024-08-14	Activo	****

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

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

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

VIGILADO Superintendencia Financiera de Colombia
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento bancario

Bancolombia

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

Puerto Carreño Vichada, noviembre 09 Del 2026

CARTA DE CONFIDENCIALIDAD DE INFORMACIÓN

Yo, **ANDREA SOFIA TOLZOA MUÑOZ** mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía No **1193065571** expedida en la ciudad de **ZAPAYAN MAGDALENA** en plenas facultades mentales, y capacidad legal, con la firma del presente documento, me obligo a no utilizar para mi conveniencia o la de un tercero, ningún tipo de información que sea obtenida durante el desempeño de mis labores o fuera de ellas, en nombre del Hospital Departamental San Juan de Dios E.S.E mediante la plataforma XENCO.

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

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

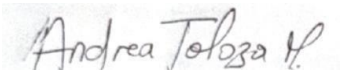
Esta información, deberá ser resguardada, debiendo tomar todas las medidas de seguridad necesarias para impedir el acceso no autorizado al usuario asignado en la plataforma XENCO por otros funcionarios o terceros.

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

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

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

Atentamente:



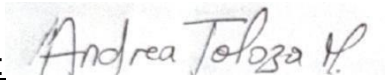
CC 1193065571

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

Yo, ANDREA SOFIA TOLOZA MUÑOZ identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1193065571 expedida en ZAPAYAN MAGDALENA , por medio del presente y de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Departamento Administrativo de la Función Pública, para que realice la recolección y tratamiento de mis datos personales que suministro de manera veraz y completa, los cuales serán utilizados para los diferentes aspectos relacionados con la contratación de prestación de servicios de la Entidad.

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

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

Firma: 

Nombre: Andrea Sofia Toloza Muñoz

Identificación: 1193065571

Fecha: 09/11/2026

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

ANDREA SOFIA TOLOZA MUÑOZ identificado con CC. 1193065571 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE			
Nombres y/o Razón	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS		
Tipo y Numero de Documento	NI - 842000004		
INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/10/09	**Fecha inicio contrato**	2026/10/01
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/11/01
Riesgo	3	**Código actividad económica**	3861001 - Actividades de hospitales y clinicas, con internacion, comprende las actividades que consisten principalmente en
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	2026/11/01	**Estado del contrato**	Activa

Esta certificación se expide a los 26 días del mes de octubre del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC26102026N1193065571A24173031.** Este código es válido por un mes.

CER_AFI_2026033627272

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

Positiva Compañía de Seguros S.A.:
Nit. 860.011.153-6 | **Línea Gratuita Nacional:** (+57) 01-8000-111-170 - **Teléfono:** +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia(Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. – 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

Más información: https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor
Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

Dra. Jazmin Rodriguez

Medicina general
Especialidad en Seguridad y Salud en el Trabajo
NIT 1127385841 1

Dirección: Cra. 7 No. 19-78 Arturo Bueno
Puerto Carreño - Vichada, Colombia
Cel: 320 832 9293
E-mail: gisrodriguez22@gmail.com



N° 2.227

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

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

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

SIN REGISTRAR

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

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
TOLOZA MUÑOZ ANDREA SOFIA	FEMENINO	25 AÑOS 6 MESES 6 DÍAS	CC (Tipo)	1193065571 (Número)

Cargo

MEDICO GENERAL

EPS	AFP	ARL
NUEVA EPS	COLPENSIONES	POSITIVA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL	✓	AUDIOMETRÍA	✓
VISIOMETRIA	✓	----------	

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

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

Médico

Firma:

Nombre: CC. 1127385841 - JAZMIN GISELA RODRIGUEZ

R. M.: 1127385641 L.S.O.: 006-022024

Código de Seguridad
E1573K1Q2227

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: TOLOZA MUÑOZ ANDREA SOFIA

CC: 1193065571

INFECTOLOGOS
ASOCIADOS

DESDE 1996

NIT. 802.006.126-6

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Protección durante todas las etapas de la vida

Nombres: Andrea Sofia

Apellidos: Tolosa Muñoz

Identificación: 1 193 060 571

Fecha de Nacimiento: 17 01 2001

Sexo: F ✓ M

Teléfono:

Cra.

LG Chem

Euvax B (20µg/1.0mL)

VACCIN CONTRE L'HÉPATITE B, RECOMBINANT
HEPATITIS B VACCINE, RECOMBINANT
VACUNA CONTRA LA HEPATITIS B, RECOMBINANTE

Conserver entre/Keep between/Conservar entre +2°C - +8°C.
Ne pas congeler/Do not freeze/No congelar.
Voie intramusculaire/Intramuscular route/Via intramuscular.

1.0 mL

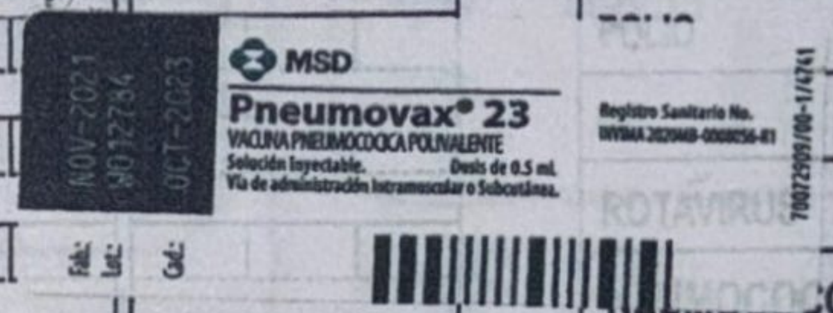
IPM 08216-1

Lot. No.: UVX20003
Mfg. date: 12 Mar.20
Expiry date: 11 Mar.23

Adult
1 dose/dosis

VACUNA	DOSIS	DOSIS	DOSIS	DOSIS	DOSIS
BCG Tuberculosis		HEPATITIS B	31 01 23	3 3 23	
DPT Difteria - Tétano -Tosferina			2205004220	VJX00003	
POLIO					
HIB					
ROTAVIRUS					
NEUMOCOCO	31 01 23 PN23				
INFLUENZA					
TRIPLE VIRAL Sarampión - Rubeola - Paperas					
HEPATITIS A					
MENINGOCOCO					
VPH Virus Papiloma Humano					
OTROS					
			VARICELA		
			F. AMARILLA		





VACUNA	ESQUEMA DE VACUNA							
	RN	2M	4M	6M	12M	18M	2A	5A
BCG Tuberculosis								
HEPATITIS B								
DPT Difteria - Tétano -Tosferina								
POLIO								
HIB								
ROTAVIRUS								
NEUMOCOCO								
INFLUENZA (Refuerzo Anual)								
TRIPLE VIRAL Sarampión - Rubeola - Paperas								
VARICELA								
HEPATITIS A								
FIEBRE AMARILLA (Una dosis cada 10 años)								
MENINGOCOCO								
VPH Virus Papiloma Humano								

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Andrea Sofia
Apellidos: Toloza Muñoz
Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro cuál:
No. 1193065571
Fecha de nacimiento: Día 17 Mes 01 Año 2001

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: ANDREA SOFIA
Apellidos: TOLOZA MUÑOZ
Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro cuál:
No. 1193065571
Fecha de nacimiento: Día 17 Mes 01 Año 2001

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

Consérvelo

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

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Andrea
Apellidos: Toloza muñoz
Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte No. 1193065571
Fecha de nacimiento: Día 17 Mes 01 Año 2001

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	8-02 2023	Sinovac	2021 12135 B	Saviatech	Nairoy Hdlo	
	2						

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	25-4 21	Pfizer	EL9449	Mi Red	Arnulo H.	22854750
	2	16-5 21	Pfizer	EW0195	Mi Red	Arnulo H	22854750
		05-01 2022	Pfizer		ESE ZAPAYAN	[illegible]	26802255

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
ampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única	17.01.23	VZE39	Judith Herrera
oxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	17.01.23	233LO248	Judith Herrera
	2	3-3-23	233LO276	Yolie Duran
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico		Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B		1			
		2			
		3			
Antirrábica		1			
		2			
		3			
		4			
Influenza estacional		Anual	18/11/22	V5022203	Everlides!
Otras					

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	Anual	30-4-25	V5052508	Alejandro
	Anual			
Covid-19	1ª			
	2ª			
	1er Ref.			
	2do Ref.			
Otras				

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO VIGILADA VACUNACIÓN HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

26/10/2028

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única	25-02-25	0094W001	Wilson Mejo
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VRH	1			
	2			
Influenza estacional	Anual			
	Anual			
Covid-19	1ª			
	2ª			
	1er Ref.			
	2do Ref.			
Otras				

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO VACUNACIÓN HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Scanned with CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	8-02 2023	Sinovac	2021 12135B	Saviatech	Nairary Hdlo	
	2						

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	25-4 21	Pfizer	69947	Mi Red	Anuld. H.	22854750
	2	16-5 21	PFIZER	EW0195	M Red	Anuld H	22854750
		05-01 2022	Pfizer		ESE ZAPAYAN	Frontera Q	26802255

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única	17.01.23	VZE27	Judith Herrera
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	19.01.23	233ILO24A	Judith Herrera
	2	3-3-23	233ILO22C	Yolo Duran
	3			
	4			
	5			
Tdap acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Anual Única	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	18/11/22	V5032303	Everlides C
Otras				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Tdap acelular	1			
	2			
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
	2			
Anual Influenza estacional	Anual	30-4-25	V5052601	Alejandro O.
	Anual	22-4-26	V5032601	G. Sela.
Otras	1°			
	2°			
	1er Ref.			
	2do Ref.			

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
VACUNACIÓN

	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:**	Asistencial
Nombre de la Carpeta	ANDREA SOFIA TOLOZA MUÑOZ	**Fecha**	30 - oct / 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 (Ultimo 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).				
14	Certificado de la Situación Militar (Hombres).				
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.				
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 Procuraduria (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)	X			
35	Autorización de tratamiento de datos personales	X			
36	Certificado de Idoneidad.				
37	Contrato - Condiciones Anexas.				
38	Certificado de Afiliación ARL - (Vigente).	X			
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

MÉDICO

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

Nombre del Postulante:	ANDREA SOFIA TOLOZA MUÑOZ			**Contacto:**	3206047639
Identificación:	**Tipo Documento:**	CC	**N°. Documento:**	1,193,065,571	
Profesión / Oficio:	MEDICO GENERAL			**Municipio:**	Pto. Carreño
Correo Eléctronico	ANDREA11TM@GMAIL.COM			**Fecha**	**30/10/2026**
Cargo Al Que Se Postula:	MEDICO GENERAL			**Área:**	Asistencial

No.	DETALLE	QUIEN REGULA	VERI.
1	CURSO MISIÓN MEDICA	Res. 4481 de 2012/ Res. 332 de 2022 Secretarria de Salud V.	
2	SOPORTE VITAL BASICO Y AVANZADO 2 AÑOS VIGENCIA	Decreto 3100 de2019	
3	CERTIFICADO EN ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	Decreto 3100 de2019	
4	CERTIFICADO DE CONSEJERÍA PARA VIH	Decreto 3100 de2019	
5	CERTIFICADO EN ATENCIÓN DEL PACIENTE DE CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO (personal hospitalario)	Decreto 3100 de2019	
6	CERTIFICADO EN ATENCIÓN DEL PACIENTE DE CUIDADO INTERMEDIO ADULTO (personal hospitalario)	Decreto 3100 de2019	
7	CURSO ACOMPAÑAMIENTO Y MANEJO DEL DUELO	Decreto 3100 de2019	
8	CURSO DE HUMANIZACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD	Política Humanización Institucional	
9	CERTIFICADO DE ATENCIÓN INTEGRADA A ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA –AIEPI CLÍNICO	Resolucion 3280 de 2018	
10	ATENCIÓN A PERSONAS VÍCTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS	Decreto 3100 de2019	
11	DIPLOMADO EN CUIDADOS INTENSIVOS Y MANEJO INTEGRAL Y PACIENTES (ADULTOS, PEDIÁTRICO Y NEONATAL)-AREA UCI	Sentencia C-355 de 2006	
12	CONSTANCIA DE ASISTENCIA O CURSO EN LAS ACCIONES DE FORMACIÓN CONTINUA EN MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO	Decreto 3100 de2019	
13	CERTIFICACIÓN VIGENTE DE APROBACIÓN DE LA EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS ESENCIALES PARA EL CUIDADO DE L PACIENTE DONANTE EXPEDIDA POR EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD (TODO PERSONAL MÉDICO Y ESPECIALISTAS)	Decreto 3100 de2019	
16	DIAGNOSTICO PRECOZ DEL CANCER EN NIÑOS Y ADOLESCENTES- INSTITUTO NACIONAL DE SALUD (5 TEMAS CADA UNA CON CERTIFICADO)	Minsiterio de Salud	
17	DIAGNOSTICO Y MANEJO CLINICO DEL DENGUE-OPS	SDV- Minsiterio de Salud	
	VACUNAS		
1	COVID 19	X	
2	FIEBRE AMARILLA	X	
3	TOXOIDE TETANICO	X	
4	HEPATITIS B	X	
5	INFLUENZA	X	

Andrea Toloza M.

Firma Postulante

Coord. Ad/tvo Mpios.

Jefe Talento Humano