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

Unidad Administrativa	Oficina Jurídica		
Serie Documental	Contratos		
Subserie	Contratos de Prestación de Servicios y Apoyo a la Gestión	**Área:**	
Nombre de la Carpeta	**OSCAR ANDRES CISNEROS ROJAS**	**Fecha**	

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

Santa Rosalía Vichada; 13 de Noviembre de 2026

Doctor.

Director Hospital Departamental San Juan de Dios; Puerto Carreño

Asunto: Propuesta Contrato De Prestación De Servicios de Apoyo A La Gestión Como **AUXILIAR DE FARMACIA**

Apreciado doctor:

De manera muy atenta y respetuosa me dirijo a usted para presentar la propuesta de actividades como **AUXILIAR DE FARMACIA.** De la E.S.E Hospital San Juan de Dios del Municipio de Santa Rosalía, desarrollando las siguientes obligaciones:

1. Supervisar la recepción, almacenamiento y distribución de medicamentos.
2. Colocar en los estantes los productos farmacéuticos y elementos siguiendo los protocolos establecidos.
3. Despachar y llevar el Kardex de registro de medicamentos y otros.
4. Participar en los inventarios periódicos de existencia de medicamentos y confrontarlos con los saldos de Kardex.
5. Verificar y constatar el cumplimiento de las normas que regulan el manejo de medicamentos.
6. Estudiar los catálogos de compras y verificar la correcta aplicación de precios de los medicamentos.
7. Mantener actualizado y clasificado el registro permanente de medicamentos.
8. Recibir, revisar, custodiar, ubicar y distribuir dentro de la farmacia los medicamentos que ingresan y verificar que correspondan a las especificaciones solicitadas registrando sus fechas de vencimiento.
9. Cumplir con las normas de almacenamiento para garantizar la seguridad e integridad de los medicamentos en depósito.
10. Preparar y despachar las cantidades autorizadas de materiales, medicamentos y elementos solicitados a través de los procedimientos establecidos.
11. Responder por la merma, robo, deterioro, perdida de los elementos, materiales, suministros y medicamentos bajo su custodia de conformidad con las normas fiscales y administrativas vigentes.
12. Recomendar nuevos métodos y procedimiento de administración para mejorar la eficiencia en el área de farmacia.
13. Controlar permanentemente el inventario de máximos y mínimos e informar a la Dirección sobre su comportamiento.
14. Vigilar que se cumplan las normas de seguridad industrial e higiene vigentes.
15. Informar sobre anomalías presentadas en los diferentes turnos de trabajo.
16. Presentar a la Dirección el informe mensual sobre el desarrollo de su trabajo.
17. cumplir con las agendas concertadas según cuadro de turnos estipulado por el coordinador y/o supervisor de contrato.
18. Cumplir con horario nocturno según cuadro de turnos y disponibilidad estipulado por el coordinador y/o supervisor de contrato
19. Tener disponibilidad para trasladarse fuera del área urbana del municipio de ejecución del contrato y del departamento de Vichada.
20. 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
21. Ejecutar las demás actividades que le sean asignadas por la supervisión, que estén relacionadas con la naturaleza y objeto del contrato.
22. 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.

Atentamente



OSCAR ANDRES CISNEROS ROJAS C.C.
N° 1.127.140.976 de Santa Rosalía
Celular. 3102051909
Correo. dehosan@gmail.com
Usuario Secop II: OACISNEROS

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Cisneros	Rojas	Oscar Andres

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1127140976	F ( ) M (X) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 30 MES 01 AÑO 1991

PAÍS COLOMBIA

DEPTO VICHADA

MUNICIPIO LA PRIMAVERA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 20 8 92 PUEBLO NUEVO

PAÍS COLOMBIA DEPTO VICHADA

MUNICIPIO SANTA ROSALÍA

TELÉFONO 3102051909 EMAIL dehosan@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	EDUCACION MEDIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2009
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	3	X		AUXILIAR DE SERVICIOS FARMACEUTICOS	03	2017	

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* SANTA ROSALÍA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	07	*Mes*	07	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE FARMACIA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL						*DIRECCIÓN* CLL 6 # 21-97 B. PUEBLO NUEVO				

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO VICHADA	*MUNICIPIO* SANTA ROSALÍA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2025	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE FARMACIA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL						*DIRECCIÓN* CLL 6 21 97 BARRIO PUEBLO NUEVO				

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* SANTA ROSALÍA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	10	*Mes*	07	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE FARMACIA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 6 21 97						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO VICHADA	*MUNICIPIO* SANTA ROSALÍA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	07	*Mes*	05	*Año*	2024	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE FARMACIA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 6 21 97						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO VICHADA	*MUNICIPIO* SANTA ROSALÍA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	09	*Mes*	01	*Año*	2024	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE FARMACIA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 6 21 97						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO VICHADA	*MUNICIPIO* SANTA ROSALÍA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	12	*Mes*	09	*Año*	2023	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE FARMACIA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 6 21 97						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO VICHADA	*MUNICIPIO* SANTA ROSALÍA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	10	*Mes*	07	*Año*	2023	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE FARMACIA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 6 21 97						

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* SANTA ROSALÍA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	07	*Mes*	03	*Año* 2023	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE FARMACIA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 6 21 97					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO VICHADA	*MUNICIPIO* SANTA ROSALÍA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	01	*Año* 2023	*Día*	28	*Mes*	02	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE FARMACIA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 6 21 97					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO VICHADA	*MUNICIPIO* SANTA ROSALÍA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	12	*Año* 2022	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE FARMACIA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 6 21 97					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO VICHADA	*MUNICIPIO* SANTA ROSALÍA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	09	*Año* 2022	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE FARMACIA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 6 21 97					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO VICHADA	*MUNICIPIO* SANTA ROSALÍA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año* 2022	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE FARMACIA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 6 21 97					

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* SANTA ROSALÍA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año* 2022	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE FARMACIA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 6 21 97					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO VICHADA	*MUNICIPIO* SANTA ROSALÍA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	11	*Año* 2021	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE FARMACIA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 6 21 97					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO VICHADA	*MUNICIPIO* SANTA ROSALÍA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	08	*Año* 2021	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE FARMACIA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 6 21 97					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO VICHADA	*MUNICIPIO* SANTA ROSALÍA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año* 2021	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE FARMACIA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 6 21 97					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO VICHADA	*MUNICIPIO* SANTA ROSALÍA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año* 2021	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE FARMACIA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 6 21 97					

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* SANTA ROSALÍA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año* 2020	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE FARMACIA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 6 21 97					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO VICHADA	*MUNICIPIO* SANTA ROSALÍA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	08	*Año* 2020	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE FARMACIA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 6 21 97					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO VICHADA	*MUNICIPIO* SANTA ROSALÍA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	05	*Año* 2020	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE FARMACIA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 6 21 97					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO VICHADA	*MUNICIPIO* SANTA ROSALÍA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	02	*Año* 2020	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE FARMACIA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 6 21 97					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO VICHADA	*MUNICIPIO* SANTA ROSALÍA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año* 2020	*Día*	31	*Mes*	01	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE FARMACIA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 6 21 97					

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* SANTA ROSALÍA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	06	*Año*	2019	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE FARMACIA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 6 21 97						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO VICHADA	*MUNICIPIO* SANTA ROSALÍA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2019	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE FARMACIA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 6 21 97						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO VICHADA	*MUNICIPIO* SANTA ROSALÍA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2019	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE FARMACIA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 6 21 97						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO VICHADA	*MUNICIPIO* SANTA ROSALÍA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	11	*Año*	2018	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE FARMACIA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 6 21 97						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO VICHADA	*MUNICIPIO* SANTA ROSALÍA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	09	*Año*	2018	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE FARMACIA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 6 21 97						

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* SANTA ROSALÍA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	07	*Año* 2018	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE FARMACIA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 6 21 97					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO VICHADA	*MUNICIPIO* SANTA ROSALÍA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3505946392	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	01	*Año* 2018	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE FARMACIA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 6 21 97					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO VICHADA	*MUNICIPIO* SANTA ROSALÍA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año* 2017	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE FARMACIA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 6 21 97					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO VICHADA	*MUNICIPIO* SANTA ROSALÍA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	11	*Año* 2016	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE FARMACIA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 6 21 97					

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	8	11
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 Santa Rosalia, Vichada; 13 de Noviembre de 2026

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Función Pública

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2026-07-22 16:29

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
OSCAR	ANDRES	CISNEROS	ROJAS

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1127140976

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	VICHADA	Municipio	LA PRIMAVERA

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	VICHADA	Municipio	SANTA ROSALÍA

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

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	VICHADA	Municipio	PUERTO CARREÑO

Dirección	["avenida orinoco Nº 10-43"]

Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$26.400.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$26.400.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$50.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

Santa Rosalia, Vichada; 13 de Noviembre de 2026

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

Ref. Certificado decreto 1070 de 2013, Clasificación de persona Natural

CERTIFICACIÓN BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

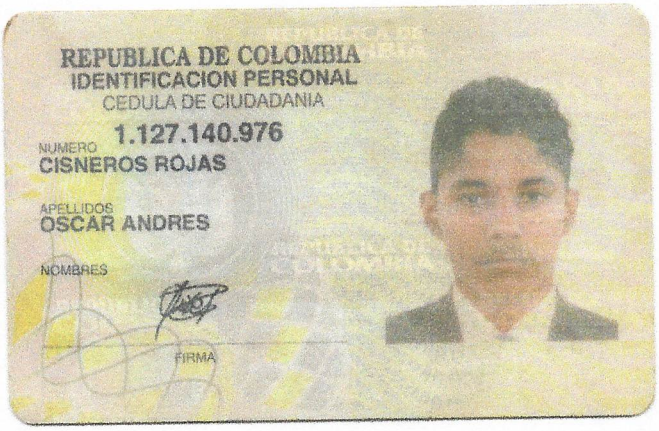
Yo **Oscar Andres Cisneros Rojas,** Identificada con cedula de ciudadanía No. **1.127,140,976**, Expedida en **Santa Rosalía, Vichada**, para efectos de dar cumplimiento con el artículo 1 del decreto 1070 del 28 de mayo de 2013, certifico bajo la gravedad de juramento, lo siguiente:

1. Mis ingresos en el año gravable inmediatamente anterior provienen de la prestación de servicios de manera personal o del desarrollo de una actividad económica por cuenta y riesgo del empleador o contratante, mediante una vinculación laboral o legal y reglamentaria, en una proporción igual o superior a un ochenta por ciento (80%) del total de los ingresos percibidos por dicho periodo fiscal: **SI** (x**) NO** ()
2. Mis ingresos en el año inmediatamente anterior provienen de la prestación de servicios personales mediante el ejercicio de profesiones liberales o de la prestación de servicios técnicos que no requieran la utilización de materiales o insumos especializados, o de maquinaria o equipo especializado, en una proporción igual o superior a un ochenta por ciento (80%) del total de los ingresos percibidos en dicho periodo fiscal: **SI** (x) **NO** ()
3. Estoy obligado (a) a presentar declaración de renta por el año gravable inmediatamente anterior: **SI** () **NO** (x)
4. Los ingresos totales ene l año gravable inmediatamente anterior superaron los cuatro mil setenta y tres (4.073) UVT**. SI** () **NO** (x)
5. En el año gravable inmediatamente anterior no desarrolle una se las actividades señaladas en el artículo 340 del Estatuto Tributario o que si la desarrolle no generó más de 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,



OSCAR ANDRES CISNEROS ROJAS
C.C. 1.127.140.976 DE SANTA ROSALIA



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.127.140.976
CISNEROS ROJAS

APELLIDOS
OSCAR ANDRES

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-ENE-1991
LA PRIMAVERA
(VICHADA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

09-FEB-2009 SANTA ROSALIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-7200200-00168901-M-1127140976-20090813 0014870980A 1 28603844

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.

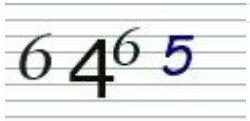
Tipo de Identificación *
Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *
1127140976

Primer Nombre
OSCAR

Primer Apellido
CISNEROS

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

8947

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2026-11-06→10:16:55 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1127140976	OSCAR	ANDRES	CISNEROS	ROJAS	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) OSCAR ANDRES CISNEROS ROJAS identificado(a) con CC 1127140976 registra La siguiente información:

2026-11-06→10:16:55 AM

Información Académica

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

Programa	Obtención Título		Ejercer Acto Administrativo	Administrativo	
AUX	Local	TÉCNICO SERVICIOS FARMACEUTICOS	2019-10-09	4074	INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER

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

EJERCITO NACIONAL

COMANDO DE RECLUTAMIENTO Y CONTROL RESERVAS

EL SUSCRITO DIRECTOR DE RECLUTAMIENTO EJERCITO NACIONAL

C E R T I F I C A

Que el señor **OSCAR ANDRES CISNEROS ROJAS** identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1127140976, presenta los siguientes datos referentes a la definición de su situación militar:

Primer Nombre:	OSCAR
Segundo Nombre:	ANDRES
Primer Apellido:	CISNEROS
Segundo Apellido:	ROJAS
Tipo Documento:	Cédula de Ciudadanía
Número Documento:	1127140976
Distrito Militar:	005
Estado Tarjeta Militar:	INSCRIPCIÓN - EN REGISTRO

ESTA CERTIFICACIÓN ES GRATUITA
NO ES VÁLIDA COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN MILITAR
NO REEMPLAZA SU TARJETA MILITAR

Se firma y se expide en BOGOTÁ, D.C. a los 6 días del mes de NOVIEMBRE de 2026, a las 09:46:39.

Cordialmente,

CR. ROBERTO MOYA CARMONA
Director Reclutamiento - Ejercito Nacional

SISTEMA GENERADOR RECOR

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que

OSCAR ANDRES CISNEROS ROJAS

Con Cedula de Ciudadania No. 1.127.140.976

Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral
y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad, le confiere el

Título de

TÉCNICO EN

SERVICIOS FARMACÉUTICOS

En testimonio de lo anterior, se firma el presente Titulo en Pamplona,
a los cuatro (4) días del mes de marzo de dos mil diecisiete (2017)

Firmado Digitalmente por
EDUARDO RIVERA SIERRA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

EDUARDO RIVERA SIERRA
Subdirector CENTRO DE LA INDUSTRIA, LA EMPRESA Y LOS SERVICIOS
REGIONAL NORTE DE SANTANDER

23989605 - 04/03/2017
No y FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 953700812860CC1127140976C.

Powered by CamScanner

REGIONAL NORTE DE SANTANDER
CENTRO DE LA INDUSTRIA, LA EMPRESA Y LOS SERVICIOS

ACTA DE GRADO

No Y FECHA REGISTRO 23989605 - 04/03/2017

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CONSIDERANDO

Que: OSCAR ANDRES CISNEROS ROJAS, Con Cedula de Ciudadania No. 1.127.140.976

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS POR EL SENA, RESUELVE OTORGARLE EL TÍTULO DE:

TÉCNICO EN SERVICIOS FARMACÉUTICOS

En constancia de lo anterior se firma la presente en Pamplona, a los cuatro (4) días del mes de marzo de dos mil diecisiete (2017)

Firmado Digitalmente por
EDUARDO RIVERA SIERRA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

EDUARDO RIVERA SIERRA
Subdirector CENTRO DE LA INDUSTRIA, LA EMPRESA Y LOS SERVICIOS
REGIONAL NORTE DE SANTANDER

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 953700812860CC1127140976A.

Powered by CamScanner

La Republica de Colombia
Ministerio de Educación
y en su nombre

Institución Educativa Camilo Torres

Santa Rosalía Vichada

APROBADO POR LA SECRETARIA DE EDUCACIÓN Y CULTURA
SEGÚN RESOLUCIÓN No. 251 DE NOVIEMBRE 4 DE 2008

Confiere a:

Cisneros Rojas Oscar Andres

Identificado C.C. No. 1127140976 de Santa Rosalía

El Titulo de

Bachiller Industrial

Con énfasis en Ebanistería y Modeleria, Construcciones Civiles y Diseño Industrial.
Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Vocacional, según los planes y programas vigentes.

Dado en Santa Rosalía - Vichada
a los 3 días del mes de Diciembre de 2009

Rector (a)

Secretario (a)

Powered by CamScanner

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

Inscripción S. E. # 004
DANE 299496000132
Acta # 025
Folio # 006

En la ciudad de Santa Rosalía, Vichada, a los dos (02) días del mes de Diciembre del año 2009, se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último grado, el Rector y Secretaria en la Rectoría del Colegio Industrial Camilo Torres, institución aprobada hasta undécimo en el nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por la Secretaría de Educación y Cultura para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad Industrial según Resolución N° 251 del 04 de noviembre de 2008.

Comprobada la situación Legal y Académica del alumno que cursó y aprobó los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el TITULO DE BACHILLER INDUSTRIAL al graduando cuyos nombres apellidos y número del documento de identificación se relaciona a continuación CISNEROS ROJAS OSCAR ANDRES, Identificado con C.C. # 1127140976 expedida en Santa Rosalia, Vichada.

Es fiel copia del Acta original N° 029 de fecha 2 de diciembre de 2009 que consta de veintiséis (26) alumnos graduados, que comienza con el nombre de ADAME GONZÁLEZ VÍCTOR ALFONSO y termina con el nombre de ZAMORA FIGUEROA GINA LISETH.

Firmado por el Lic. José Reynaldo Santana Navarro (Rector) y Crisalia Mendivelso García (Secretaria)
Dada en Santa Rosalía, Vichada, a los dieciséis (16) día del mes de Febrero del año dos mil veintitrés (2023).

C.C. N° 18'260.996 de Pto Carreño V.
Rector

C.C. N° 23'835.077 de Orocué C.
Secretaria

ACTA: #06

Powered by CamScanner

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

OSCAR ANDRES CISNEROS ROJAS

Con Cédula de Ciudadanía No. 1127140976

Cursó y aprobó la acción de Formación

PRIMEROS AUXILIOS

con una duración de 48 horas

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Santa Rosalía. a los veintitres (23) dias del mes de octubre de dos mil veintiseis (2026)

Firmado Digitalmente por



OSCAR EDUARDO DAZA JOAQUI
Subdirector (E)
CENTRO PARA LA TRANSFORMACIÓN Y DESAROLLO SOSTENIBLE DEL VICHADA-INDIO VENANCIO
REGIONAL VICHADA

116648674 - 23/10/2026
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9531003613072CC1127140976C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

OSCAR ANDRES CISNEROS ROJAS

Con Cédula de Ciudadanía No. 1127140976

Cursó y aprobó la acción de Formación

APLICACION DE FUNCIONES Y COMBINACIONES MULTIPLES EN EXCEL PARA SOLUCION DE PROBLEMAS.

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Puerto Carreño. a los siete (7) dias del mes de octubre de dos mil veintiseis (2026)

Firmado Digitalmente por



JENNY LILIANA CASTILLO MONGUI
Subdirectora (E)
CENTRO PARA LA TRANSFORMACIÓN Y DESAROLLO SOSTENIBLE DEL VICHADA-INDIO VENANCIO
REGIONAL VICHADA

115888255 - 07/10/2026
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9531003589214CC1127140976C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

OSCAR ANDRES CISNEROS ROJAS

Con Cédula de Ciudadanía No. 1127140976

Cursó y aprobó la acción de Formación

ANALISIS DE SISTEMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

con una duración de 48 horas

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Puerto Carreño. a los trece (13) dias del mes de abril de dos mil veintiseis (2026)

Firmado Digitalmente por



JENNY LILIANA CASTILLO MONGUI
Subdirectora (E)
CENTRO DE PRODUCCIÓN Y TRANSFORMACION AGROINDUSTRIAL DE LA ORINOQUIA
REGIONAL VICHADA

110976030 - 13/04/2026
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9531003415725CC1127140976C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

OSCAR ANDRES CISNEROS ROJAS

Con Cédula de Ciudadanía No. 1127140976

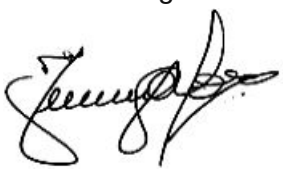
Cursó y aprobó la acción de Formación

EVALUACION DE IMPACTOS AMBIENTALES EN ACTIVIDADES, PRODUCTOS Y SERVICIOS.

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Puerto Carreño. a los catorce (14) dias del mes de abril de dos mil veintiseis (2026)

Firmado Digitalmente por



JENNY LILIANA CASTILLO MONGUI
Subdirectora (E)
CENTRO DE PRODUCCIÓN Y TRANSFORMACION AGROINDUSTRIAL DE LA ORINOQUIA
REGIONAL VICHADA

110975797 - 14/04/2026
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9531003415696CC1127140976C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

OSCAR ANDRES CISNEROS ROJAS

Con Cédula de Ciudadanía No. 1127140976

Cursó y aprobó la acción de Formación

APLICACION DE MODELOS MATEMATICOS EN TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION Y LA COMUNICACION

con una duración de 48 horas

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Santa Rosalía. a los diecisiete (17) dias del mes de diciembre de dos mil veinticinco (2025)

Firmado Digitalmente por



FERNANDO BARRERO CABALLERO
Subdirector (E)
CENTRO DE PRODUCCIÓN Y TRANSFORMACION AGROINDUSTRIAL DE LA ORINOQUIA
REGIONAL VICHADA

110450364 - 17/12/2025
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9531003400543CC1127140976C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

OSCAR ANDRES CISNEROS ROJAS

Con Cédula de Ciudadanía No. 1127140976

Cursó y aprobó la acción de Formación

CARACTERIZACION DE RESIDUOS PELIGROSOS

con una duración de 48 horas

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Santa Rosalía. a los once (11) dias del mes de diciembre de dos mil veinticinco (2025)

Firmado Digitalmente por



FERNANDO BARRERO CABALLERO
Subdirector (E)
CENTRO DE PRODUCCIÓN Y TRANSFORMACION AGROINDUSTRIAL DE LA ORINOQUIA
REGIONAL VICHADA

110357466 - 11/12/2025
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9531003397478CC1127140976C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

OSCAR ANDRES CISNEROS ROJAS

Con Cédula de Ciudadanía No. 1127140976

Cursó y aprobó la acción de Formación

CURSO INTRODUCTORIO A LA FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Santa Rosalía. a los veintinueve (29) dias del mes de octubre de dos mil veinticinco (2025)

Firmado Digitalmente por



FERNANDO BARRERO CABALLERO
Subdirector (E)
CENTRO DE PRODUCCIÓN Y TRANSFORMACION AGROINDUSTRIAL DE LA ORINOQUIA
REGIONAL VICHADA

108704921 - 29/10/2025
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9531003343323CC1127140976C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

OSCAR ANDRES CISNEROS ROJAS

Con Cédula de Ciudadanía No. 1127140976

Cursó y aprobó la acción de Formación

ORIENTACION PARA EL ACCESO AL SISTEMA DE SALUD

con una duración de 48 horas

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Santa Rosalía. a los veintinueve (29) dias del mes de octubre de dos mil veinticinco (2025)

Firmado Digitalmente por



FERNANDO BARRERO CABALLERO
Subdirector (E)
CENTRO DE PRODUCCIÓN Y TRANSFORMACION AGROINDUSTRIAL DE LA ORINOQUIA
REGIONAL VICHADA

107632304 - 29/10/2025
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9531003305122CC1127140976C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

OSCAR ANDRES CISNEROS ROJAS

Con Cédula de Ciudadanía No. 1127140976

Cursó y aprobó la acción de Formación

FACTURACION DE LOS SERVICIOS EN SALUD

con una duración de 48 horas

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Santa Rosalía. a los veintinueve (29) dias del mes de octubre de dos mil veinticinco (2025)

Firmado Digitalmente por



FERNANDO BARRERO CABALLERO
Subdirector (E)
CENTRO DE PRODUCCIÓN Y TRANSFORMACION AGROINDUSTRIAL DE LA ORINOQUIA
REGIONAL VICHADA

107630891 - 29/10/2025
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9531003305113CC1127140976C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

OSCAR ANDRES CISNEROS ROJAS

Con Cédula de Ciudadanía No. 1127140976

Cursó y aprobó la acción de Formación

SERVICIO AL CLIENTE

con una duración de 48 horas

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Espinal. a los cinco (5) dias del mes de junio de dos mil veintitres (2023)

Firmado Digitalmente por



JUAN CAMILO SOTO DIAZ
Subdirector (E)
CENTRO AGROPECUARIO LA GRANJA
REGIONAL TOLIMA

90385568 - 05/06/2023
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9123002753484CC1127140976C.

Libertad y orden
RÉPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

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

OSCAR ANDRES CISNEROS ROJAS

Con CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 1127140976

Quien demostró su Competencia Laboral en la
Norma

Orientar personas según normativa de salud - NIVEL INTERMEDIO

Código: 230101266 - Versión: 1

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en PUERTO CARREÑO. A los cuatro (4) días del mes de Noviembre de dos mil veintidos (2022)

Firmado Digitalmente por



1453123 - 04/11/2022
No Y FECHA REGISTRO

OSCAR EDUARDO DAZA JOAQUI
Subdirector CENTRO DE PRODUCCIÓN Y TRANSFORMACIÓN AGROINDUSTRIAL DE LA ORINOQUÍA
REGIONAL VICHADA

Vigencia:
hasta el 4 de Noviembre de 2025

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 953100230101266221CC1127140976C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

OSCAR ANDRES CISNEROS ROJAS

Con Cedula de Ciudadania No. 1127140976

Cursó y aprobó la acción de Formación

EJERCICIO DERECHOS FUNDAMENTALES EN EL TRABAJO

con una duración de 48 horas

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Puerto Carreño. a los dieciseis (16) dias del mes de diciembre de dos mil veintiuno (2021)

Firmado Digitalmente por



OSCAR EDUARDO DAZA JOAQUI
Subdirector
CENTRO DE PRODUCCIÓN Y TRANSFORMACION AGROINDUSTRIAL DE LA ORINOQUIA
REGIONAL VICHADA

80489679 - 16/12/2021
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9531002456014CC1127140976C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

OSCAR ANDRES CISNEROS ROJAS

Con Cedula de Ciudadania No. 1127140976

Cursó y aprobó la acción de Formación

SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST

con una duración de 50 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Floridablanca, a los quince (15) días del mes de marzo de dos mil diecinueve (2019)

Firmado Digitalmente por
JUAN MANUEL CASTILLO CALDERON
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

JUAN MANUEL CASTILLO CALDERON
Subdirector
CENTRO INDUSTRIAL DEL DISEÑO Y LA MANUFACTURA
REGIONAL SANTANDER

57682347 - 15/03/2019
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9225001831168CC1127140976C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

OSCAR ANDRES CISNEROS ROJAS

Con Cedula de Ciudadania No. 1127140976

Cursó y aprobó la acción de Formación

SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL EN COLOMBIA

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Popayán, a los dos (2) días del mes de noviembre de dos mil dieciocho (2018)

Firmado Digitalmente por
ABSALON CHARO TOMBE
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Autenticidad del Documento
Bogota - Colombia

ABSALON CHARO TOMBE
SUBDIRECTOR
CENTRO AGROPECUARIO
REGIONAL CAUCA

56224865 - 02/11/2018
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9113001786326CC1127140976C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

OSCAR ANDRES CISNEROS ROJAS

Con Cedula de Ciudadania No. 1.127.140.976

Cursó y aprobó la acción de Formación

MANEJO BASICO DE LA HERRAMIENTA DE HOJAS DE CALCULO EXCEL

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Santa Rosalía, al primer(1) día del mes de septiembre de dos mil diecisiete (2017)

Firmado Digitalmente por
CARLOS ARNULFO VELASQUEZ PEREZ
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogota - Colombia

CARLOS ARNULFO VELASQUEZ PEREZ
Subdirector
CENTRO DE PRODUCCIÓN Y TRANSFORMACION AGROINDUSTRIAL DE LA ORINOQUIA
REGIONAL VICHADA

47249694 - 01/09/2017
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9531001512098CC1127140976C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

OSCAR ANDRES CISNEROS ROJAS

Con Cedula de Ciudadania No. 1.127.140.976

Cursó y aprobó la acción de Formación

ISO 9001:2008 MODULO II: PLANIFICACION DE UN SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Caldas, a los seis (6) días del mes de octubre de dos mil quince (2015)

Firmado Digitalmente por
MARIA MERCEDES VELEZ SANCHEZ
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

MARIA MERCEDES VELEZ SANCHEZ
SUBDIRECTORA
CENTRO DE LOS RECURSOS NATURALES RENOVABLES - LA SALADA
REGIONAL ANTIOQUIA

30837204 - 06/10/2015
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9101001052556CC1127140976C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

OSCAR ANDRES CISNEROS ROJAS

Con Cedula de Ciudadania No. 1.127.140.976

Cursó y aprobó la acción de Formación

ISO 9001:2008 MODULO I: FUNDAMENTACION DE UN SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Santa Marta, a los dos (2) días del mes de septiembre de dos mil quince (2015)

Firmado Digitalmente por
EDUARDO JUNIOR ROBLES PANETTA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

EDUARDO JUNIOR ROBLES PANETTA
Subdirector
CENTRO DE LOGISTICA Y PROMOCION ECOTURISTICA DEL MAGDALENA
REGIONAL MAGDALENA

30291190 - 02/09/2015
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9529001036933CC1127140976C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

OSCAR ANDRES CISNEROS ROJAS

Con Cedula de Ciudadania No. 1.127.140.976

Cursó y aprobó la acción de Formación

BIOETICA BASICA EN LOS SERVICIOS DE SALUD

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Pamplona, a los nueve (9) días del mes de diciembre de dos mil catorce (2014)

Firmado Digitalmente por
FABIO HUMBERTO GARCIA GOMEZ
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

FABIO HUMBERTO GARCIA GOMEZ
SUBDIRECTOR
CENTRO DE LA INDUSTRIA, LA EMPRESA Y LOS SERVICIOS
REGIONAL NORTE DE SANTANDER

25370335 - 09/12/2014
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 953700875619CC1127140976C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

OSCAR ANDRES CISNEROS ROJAS

Con Cedula de Ciudadania No. 1.127.140.976

Cursó y aprobó la acción de Formación

SALUD OCUPACIONAL: SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Caldas, a los once (11) días del mes de noviembre de dos mil catorce (2014)

Firmado Digitalmente por
MARIA MERCEDES VELEZ SANCHEZ
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

MARIA MERCEDES VELEZ SANCHEZ
SUBDIRECTORA
CENTRO DE LOS RECURSOS NATURALES RENOVABLES - LA SALADA
REGIONAL ANTIOQUIA

24417338 - 11/11/2014
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 910100856068CC1127140976C.

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

OSCAR ANDRES CISNEROS ROJAS

ha participado y aprobado el:

Curso Virtual de Diagnóstico Precoz del Cáncer en Niños y Adolescentes

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 10 - Porcentaje de aprobación: 100,00 %

14 de septiembre de 2024

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=66e606f3-84dc-417a-9169-1020ac1f0a43

66e20974-b1f0-4835-bca1-0819ac1f551b

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

OSCAR ANDRES CISNEROS ROJAS

ha participado y aprobado el Curso Virtual

Precauciones básicas: higiene de manos (COVID-19)

(versión en español revisada y adaptada para la región de las Américas del material disponible en OpenWHO)

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 1 - Porcentaje de aprobación: 95,00 %

11 de septiembre de 2024

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=66e20974-b1f0-4835-bca1-0819ac1f551b

REPÚBLICA DE COLOMBIA

POLITÉCNICO DE COLOMBIA
educación sin límites

Licencia de funcionamiento otorgada mediante resolución N°09734 de 2013 de la Secretaría de Educación de Medellín, Reg. Mercantil 53494202, NIT: 900547030-4

HACE CONSTAR QUE:

OSCAR ANDRES CISNEROS ROJAS

Con Documento de Identidad No 1127140976

CURSÓ Y APROBÓ EL

DIPLOMADO EN FARMACOVIGILANCIA

MEDELLIN - 06 DE ENERO DE 2024

Con una intensidad horaria de ciento veinte (120) horas

Registrado en el Libro de Actas No 0020240106

www.politecnicodecolombia.edu.co

POLITÉCNICO DE COLOMBIA
educación sin límites

FIRMA Y CÓDIGO DE SEGURIDAD 240106A-435675

La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante la solicitud al correo asistentevirtual@politecnicodecolombia.edu.co, indicando el N° del libro de actas con el cual se registra el mismo

REPÚBLICA DE COLOMBIA

POLITÉCNICO SUPERIOR de Colombia

Licencia de funcionamiento otorgada mediante resolución N°007185 de 2016 de la Secretaría de Educación de Medellín NIT 900.914.208-2 - Matrícula Mercantil N° 21- 549966 - 12

HACE CONSTAR QUE:

OSCAR ANDRES CISNEROS ROJAS

Con Documento de Identidad No 1127140976

CURSÓ Y APROBÓ EL

DIPLOMADO EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS FARMACÉUTICOS

MEDELLIN - 20 DE MAYO DE 2017 AL 23 DE JUNIO DE 2017

Con una intensidad horaria de ciento veinte (120) horas
Registrado en el Libro de Actas No 0020170623

POLITECNICO SUPERIOR de Colombia
NIT. 900.914.208-2

FIRMA Y CÓDIGO DE SEGURIDAD 170623A-241924

www.politecnicosuperior.edu.co

La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante solicitud al correo asistentevirtual@politecnicosuperior.edu.co, indicando el N° del libro de actas con el cual se registra el mismo.

Cruz Roja Colombiana
Seccional Meta

El Instituto de Educación de Formación para el Trabajo y el Desarrollo Humano "TEDDY TORNBAUN"

Autorizado por la Secretaria de Educación del Municipio de Villavicencio, según Resolución 578 del 23 de septiembre de 2004

Hace Constar Que:

OSCAR ANDRES CISNEROS ROJAS

C.C. 1.127.140.976

Recibió capacitación en :

"PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES"

Con intensidad de 10 horas

Esta Constancia se expide en Villavicencio, a los catorce (14) días de agosto de 2021

GINA PAHOLA RODRIGUEZ
Directora Instituto Teddy Tornbaun

IETT-CCHV-06-21

Powered by CamScanner

CINAT

CÍRCULO NACIONAL DE AÚXILIADORES TÉCNICOS

Personería Jurídica No. 367 del 15 de Agosto/ 95 - Matricula N0090011373 NIT 830012267-2

Certifica que

OSCAR ANDRES CISNEROS ROJAS

1.127.140.976

Ha sido capacitado en :

CANALIZACIÓN E INYECTOLOGÍA

Con una Intensidad de 40 horas

T. Juán Manuel Ortega Gamboa

St. Yady Karine Gomez Jaimes

Acta 002 del Libro 001 de 11 de septiembre del año 2015

11091512

Powered by CamScanner

CINAT

CÍRCULO NACIONAL DE AUXILIADORES TÉCNICOS

Personería Jurídica No. 367 del 15 de Agosto/ 95 - Matricula N0090011373 NIT 830012267-2

Certifica que

OSCAR ANDRES CISNEROS ROJAS

1.127.140.976

Ha sido capacitado en :

PRIMEROS AUXILIOS AVANZADO

Con una Intensidad de 40 horas

T. Juán Manuel Ortega Gamboa

St. Yady Karine Gomez Jaimes

St. Jesus Waldemar Rincon Delgado

Aux. Yasmira Riaño

Acta 001 del Libro 001 de 01 de agosto del año 2015

01081512

Powered by CamScanner

Función Pública

mipg modelo integrado de planeación y gestión

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

OSCAR ANDRES CISNEROS ROJAS

C.C 1.127.140.976

Participó y completó con éxito los 8 módulos del curso virtual

Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 06 de noviembre 2026

Luz Daifenis Arango Rivera

Directora de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 761614021000

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

Función Pública

mipg modelo integrado de planeación y gestión

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

OSCAR ANDRES CISNEROS ROJAS

C.C 1.127.140.976

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

Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 06 de noviembre 2026

Luz Daifenis Arango Rivera

Directora de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 761614021206

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

Función Pública

mipg modelo integrado de planeación y gestión

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

OSCAR ANDRES CISNEROS ROJAS

C.C 1.127.140.976

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

Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 06 de noviembre 2026

Luz Daifenis Arango Rivera

Directora de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 7616140213161

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

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

OSCAR ANDRES CISNEROS ROJAS

C.C 1.127.140.976

Participó y completó el curso virtual

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 06 de noviembre 2026

Código: 761614025000

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: **OSCAR ANDRES CISNEROS ROJAS,** identificado con la cédula de ciudadanía N° **1.127.140.976** suscribió con la E.S.E Hospital Departamental San Juan de Dios de Puerto Carreño-Vichada, los siguientes contratos con honorarios mensuales por valor de *DOS MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS (**2.200.000**)*:

Objeto del Contrato: *PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE FARMACIA PARA EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS ESE DE SANTA ROSALIA.*

Año 2025

Contrato Prestación de Servicios N°:	**0037**
Plazo De Ejecución:	01 de enero al 30 de abril
Dos meses de adición:	01 de mayo al 30 de junio
Contrato Prestación de Servicios N°:	**1456**
Plazo De Ejecución:	07 de julio al 31 de diciembre

Año 2024

Contrato Prestación de Servicios N°:	**0146**
Plazo De Ejecución:	09 de enero al 30 de abril
Contrato Prestación de Servicios N°:	**0896**
Plazo De Ejecución:	07 de mayo al 30 de junio
Contrato Prestación de Servicios N°:	**1369**
Plazo De Ejecución:	10 de julio al 31 de octubre
Dos meses de adición:	01 de noviembre al 31 de diciembre

Año 2023

Contrato Prestación de Servicios N°:	**0134**
Plazo De Ejecución:	05 de enero al 28 de febrero
Contrato Prestación de Servicios N°:	**0718**

PROYECTÓ: KATHERIN JULIETH MEDINA VALLEJO
ADMINISTRADORA DE EMPRESAS

Plazo De Ejecución:	07 de marzo al 30 de junio
Contrato Prestación de Servicios N°:	**1300**
Plazo De Ejecución:	10 de julio al 31 de agosto
Contrato Prestación de Servicios N°:	**2045**
Plazo De Ejecución:	12 de septiembre al 30 de noviembre
Un mes de adición:	01 de diciembre al 31 de diciembre

Año 2022

Contrato Prestación de Servicios N°:	**0353**
Plazo De Ejecución:	01 de enero al 31 de marzo
Contrato Prestación de Servicios N°:	**0869**
Plazo De Ejecución:	01 de abril al 31 de julio
Un mes de adición:	01 de agosto al 31 de agosto
Contrato Prestación de Servicios N°:	**1248**
Plazo De Ejecución:	02 de septiembre al 31 de octubre
Un mes de adición:	01 de noviembre al 30 de noviembre
Contrato Prestación de Servicios N°:	**2022**
Plazo De Ejecución:	01 de diciembre al 31 de diciembre

Año 2021

Contrato Prestación de Servicios N°:	**0129**
Plazo De Ejecución:	01 de enero al 30 de abril
Dos meses de adición:	01 de mayo al 30 de junio
Contrato Prestación de Servicios N°:	**1010**
Plazo De Ejecución:	01 de julio al 31 de julio
Contrato Prestación de Servicios N°:	**1388**
Plazo De Ejecución:	01 de agosto al 30 de septiembre
Un mes de adición:	01 de octubre al 31 de octubre
Contrato Prestación de Servicios N°:	**1842**
Plazo De Ejecución:	01 de noviembre al 31 de diciembre

Año 2020

Contrato Prestación de Servicios N°:	**0203**
Plazo De Ejecución:	01 de enero al 31 de enero
Contrato Prestación de Servicios N°:	**0368**
Plazo De Ejecución:	01 de febrero al 30 de abril
Contrato Prestación de Servicios N°:	**0612**
Plazo De Ejecución:	01 de mayo al 30 de junio
Un mes de adición:	01 de julio al 31 de julio

Contrato Prestación de Servicios N°:	**1011**
Plazo De Ejecución:	01 de agosto al 30 de septiembre
Contrato Prestación de Servicios N°:	**1453**
Plazo De Ejecución:	01 de octubre al 30 de noviembre
Un mes de adición:	01 de diciembre al 31 de diciembre

Año 2019

Contrato Prestación de Servicios N°:	**0196**
Plazo De Ejecución:	01 de enero al 31 de marzo
Contrato Prestación de Servicios N°:	**0615**
Plazo De Ejecución:	01 de abril al 31 de mayo
Contrato Prestación de Servicios N°:	**0946**
Plazo De Ejecución:	01 de junio al 31 de octubre
Dos meses de adición:	01 de noviembre al 31 de diciembre

Año 2018

Contrato Prestación de Servicios N°:	**0182**
Plazo De Ejecución:	02 de enero al 31 de mayo
Un mes de adición:	01 de junio al 30 de junio
Contrato Prestación de Servicios N°:	**0545**
Plazo De Ejecución:	03 de julio al 31 de agosto
Contrato Prestación de Servicios N°:	**0879**
Plazo De Ejecución:	01 de septiembre al 31 de octubre
Contrato Prestación de Servicios N°:	**1250**
Plazo De Ejecución:	01 de noviembre al 31 de diciembre

Año 2017

- Contrato de Prestación de Servicios No.154 del mes de enero del 2017.
- Contrato de Prestación de Servicios No.440 del mes de marzo del 2017.
- Contrato de Prestación de Servicios No.689 del mes de mayo del 2017.
- Contrato de Prestación de Servicios No.989 del mes de Julio del 2017.
- Contrato de Prestación de Servicios No.1223 del mes de agosto del 2017
- Contrato de prestación de Servicios No.1463 del mes de septiembre del 2017.
- Contrato de Prestación de Servicios N0.1747 del mes de noviembre del 2017.
- Contrato de Prestación de Servicios N0.2068 del mes de diciembre del 2017

Año 2016

- Contrato de Prestación de Servicios N0.781 del mes de noviembre del 2016.

Que en cumplimiento del objeto de los contratos anteriormente relacionados **OSCAR ANDRES CISNEROS ROJAS,** cumple las siguientes actividades específicas:

1. Supervisar la recepción, almacenamiento y distribución de medicamentos.
2. Colocar en los estantes los productos farmacéuticos y elementos siguiendo los protocolos establecidos.
3. Despachar y llevar el Kardex de registro de medicamentos y otros.
4. Participar en los inventarios periódicos de existencia de medicamentos y confrontarlos con los saldos del Kardex.
5. Verificar y constatar el cumplimiento de las normas que regulan el manejo de medicamentos.
6. Estudiar los catálogos de compras y verificar la correcta aplicación de precios de los medicamentos.
7. Mantener actualizado y clasificado el registro permanente de medicamentos.
8. Recibir, revisar, custodiar, ubicar y distribuir dentro de la farmacia los medicamentos que ingresan y verificar que correspondan a las especificaciones solicitadas registrando sus fechas de vencimiento.
9. Cumplir con las normas de almacenamiento para garantizar la seguridad e integridad de los medicamentos en depósito.
10. Preparar y despachar las cantidades autorizadas de materiales, medicamentos y elementos solicitados a través de los procedimientos establecidos.
11. Responder por la merma, robo, deterioro, perdida de los elementos, materiales, suministros y medicamentos bajo su custodia de conformidad con las normas fiscales y administrativas vigentes.
12. Recomendar nuevos métodos y procedimiento de administración para mejorar la eficiencia en el área de farmacia.
13. Controlar permanentemente el inventario de máximos y mínimos e informar a la Dirección sobre su comportamiento.
14. Vigilar que se cumplan las normas de seguridad industrial e higiene vigentes.
15. Informar sobre anomalías presentadas en los diferentes turnos de trabajo.
16. Presentar a la Dirección el informe mensual sobre el desarrollo de su trabajo.

La presente certificación se expide en Puerto Carreño - Vichada, a los 31 días del mes de diciembre del 2025, a solicitud del interesado.



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 14674960763

(415)7707212489984(8020) 000001467496076 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 2 7 1 4 0 9 7 6	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 2 7 1 4 0 9 7 6	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Vichada 9 9	Santa Rosalía 6 2 4

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CISNEROS	ROJAS	OSCAR	ANDRES

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Vichada 9 9	Santa Rosalía 6 2 4

41. Dirección principal: CR 20 8 92 BRR PUEBLO NUEVO

42. Correo electrónico: dehosan@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
9 9 0 5 0	3 1 3 4 2 1 0 9 8 3	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica / Ocupación

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
4 7 7 3	2 0 1 6 0 8 0 1						5 1 3 2	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 20191211

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 CISNEROS ROJAS OSCAR ANDRES

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:19:45 horas del 06/11/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1127140976,** Apellidos y Nombres **CISNEROS ROJAS OSCAR ANDRES**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **E.S.E 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 viernes 06 de noviembre de 2026, a las 10:06:25, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1127140976
Código de Verificación	1127140976261106100625

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

LUIS MIGUEL MARTÍNEZ ROMERO

Contralor Delegado

Generó: CCD

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 306010472

M
10:07:13

Bogotá DC, 06 de noviembre del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) OSCAR ANDRES CISNEROS ROJAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1127140976:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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



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

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 10:15:42 AM horas del 06/11/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1127140976**
Apellidos y Nombres: **CISNEROS ROJAS OSCAR ANDRES**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

DIJIN

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

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

Todos los derechos reservados.

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 06/11/2026 10:20:59 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1127140976** y Nombre: **OSCAR ANDRES CISNEROS ROJAS.**

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. **151078148** . 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 1127140976 **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 06/11/2026 10:07 AM

Código Verificación: **JQHGX8694C**

Válida hasta: **06/02/2027**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) OSCAR ANDRES CISNEROS ROJAS identificado(a) con CC 1127140976 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 01/08/2016

Estado de la Afiliación: **Vigente**

IPS: **E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS - HOSPITAL SEDE SANTA ROSALIA**

Categoría: **A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 6 días del mes 11 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,



SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

OSCAR ANDRES CISNEROS ROJAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.127.140.976**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 6 de Noviembre del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

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

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 2.337

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
14 DÍA	07 MES	2026 AÑO	PUERTO CARREÑO (VICHADA, COLOMBIA) Ciudad	CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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

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

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

8699 - OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN DE LA SALUD HUMANA.

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

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
CISNEROS ROJAS OSCAR ANDRES	MASCULINO	35 AÑOS 5 MESES 13 DÍAS	CC (Tipo)	1127140976 (Número)

Cargo

AUXILIAR DE FARMACIA

EPS	AFP	ARL
NUEVA EPS	NO REFIERE	NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

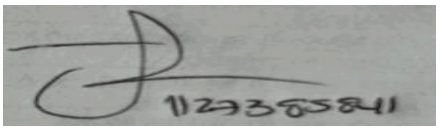
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

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

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO	USO DE EPP : SEGUN EL CARGO	HÁBITOS SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTE	SVE VISUAL	CONTROL DE PESO
	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
	CAPACITACIÓN : SEGUN RIESGOS LABORALES	DIETA BALANCEADA

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

Médico



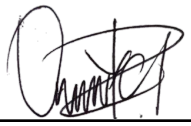
Firma:

Nombre: CC: 1127385841 - JAZMIN GISELA RODRIGUEZ

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

Código de Seguridad
E1573K1Q2337

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: CISNEROS ROJAS OSCAR ANDRES

CC: 1127140976

Certificación
Bancaria

Viernes, 06 de noviembre de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que OSCAR ANDRES CISNEROS ROJAS identificado(a) con CC 1127140976, 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	47671612104	2011-07-12	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

Santa Rosalía, Vichada; Noviembre 13 del 2026

CARTA DE CONFIDENCIALIDAD DE INFORMACIÓN

Yo, **Oscar Andres Cisneros Rojas,** mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía No **1.127.140.976** expedida en la ciudad de **Santa Rosalía - Vichada**, 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.

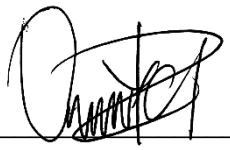
Esta información, deberá ser resguardada, debiendo tomar todas las medidas de seguridad necesarias para impedir el acceso no autorizado al usuario asignado en la plataforma XENCO por otros funcionarios o terceros.

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,



C.C. 1.127.140.976

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

Yo, **Oscar Andres Cisneros Rojas,** identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **1.127.140.976** expedida en **Santa Rosalia - Vichada***,* 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: **Oscar Andres Cisneros R**

Identificación: **1.127.140.976**

Fecha: **13 de Noviembre de 2026**

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

OSCAR ANDRES CISNEROS ROJAS identificado con CC. 1127140976 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	2026/11/04	**Fecha inicio contrato**	2026/11/03
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/12/31
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	2026/12/31	**Estado del contrato**	Activa

Esta certificación se expide a los 6 días del mes de noviembre 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: **CC06112026N1127140976A24636942.** Este código es válido por un mes.

CER_AFI_2026034103670

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.

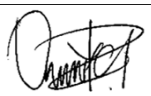
LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

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.

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

Nombre del Postulante:	**OSCAR ANDRES CISNEROS ROJAS**			**Contacto:**	**3102051909**
Identificación:	**Tipo Documento:**	**CC**	**N°. Documento:**	**1,127,140,976**	
Profesión / Oficio:	**AUXILIAR DE FARMACIA**			**Municipio:**	**Sta. Rosalía**
Correo Eléctronico	dehosan@gmail.com			**Fecha**	
Cargo Al Que Se Postula:	**AUXILIAR DE FARMACIA**			**Área:**	**Asistencial**

No.	DETALLE	QUIEN REGULA	VERI.
1	CURSO MISIÓN MEDICA	Res. 4481 de 2012/ Res. 332 de 2022 Secretarria de Salud V.	
2	CERTIFICADO DE ATENCIÓN A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	Decreto 3100 de2019	
3	ATENCIÓN A PERSONAS VÍCTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS	Decreto 3100 de2020	
4	CURSO SEGURIDAD DEL PACIENTE	Politica seguridad del paciente Institucional	
5	CURSO DE HUMANIZACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD	Politica Humanizacion Institucional	
6	DIAGNOSTICO Y MANEJO CLINICO DEL DENGUE-OPS	SDV- Minsiterio de Salud	
	VACUNAS		
1	COVID 19		
2	FIEBRE AMARILLA		
3	TOXOIDE TETANICO		
4	HEPATITIS B		
5	INFLUENZA		





Firma Postulante

Coord. Ad/tvo Mpios.

Jefe Talento Humano

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

OSCAR ANDRES CISNEROS ROJAS

Con Cédula de Ciudadanía No. 1127140976

Cursó y aprobó la acción de Formación

MISION MEDICA.

con una duración de 48 horas

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Santa Rosalía. a los veintinueve (29) dias del mes de octubre de dos mil veinticinco (2025)

Firmado Digitalmente por



FERNANDO BARRERO CABALLERO
Subdirector (E)
CENTRO DE PRODUCCIÓN Y TRANSFORMACION AGROINDUSTRIAL DE LA ORINOQUIA
REGIONAL VICHADA

108373848 - 29/10/2025
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9531003305120CC1127140976C.

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:

Oscar Andres Cisneros Rojas

CC 1127140976 de Santa Rosalía - Vichada

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: 2024-12-27

Fecha de vencimiento: 2026-12-27

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

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

OSCAR ANDRES CISNEROS ROJAS

Con Cédula de Ciudadanía No. 1127140976

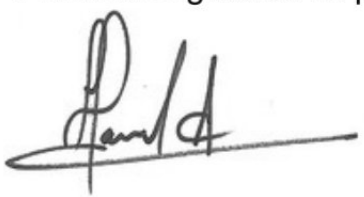
Cursó y aprobó la acción de Formación

ATENCION INTEGRAL DE URGENCIAS A VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUIMICOS

con una duración de 48 horas

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Popayán. a los veinte (20) dias del mes de septiembre de dos mil veintitres (2023)

Firmado Digitalmente por



HAROL ARMANDO ROSERO SALAZAR
Subdirector (E)
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS
REGIONAL CAUCA

92850281 - 20/09/2023
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9307002820747CC1127140976C.

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:

Oscar Andres Cisneros Rojas

CC 1127140976 de Santa Rosalía - Vichada

Realizó el Curso en buenas prácticas de seguridad del paciente
con un total de 60 Horas.

Fecha de emisión: 2024-12-26

Fecha de vencimiento: 2026-12-26

Validar certificado

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

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

OSCAR ANDRES CISNEROS ROJAS

Con Cédula de Ciudadanía No. 1127140976

Cursó y aprobó la acción de Formación

HUMANIZACION DE LA ATENCION EN SALUD.

con una duración de 48 horas

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Santa Rosalía. a los dieciocho (18) dias del mes de septiembre de dos mil veinticinco (2025)

Firmado Digitalmente por



FERNANDO BARRERO CABALLERO
Subdirector (E)
CENTRO DE PRODUCCIÓN Y TRANSFORMACION AGROINDUSTRIAL DE LA ORINOQUIA
REGIONAL VICHADA

107078398 - 18/09/2025
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9531003288913CC1127140976C.

687a7aab-ef60-450d-8e05-14b0ac1f5cb8

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

OSCAR ANDRES CISNEROS ROJAS

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

Diagnóstico y manejo clínico del dengue

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 95,00 %

18 de julio de 2025

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

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

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=687a7aab-ef60-450d-8e05-14b0ac1f5cb8

LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLOGICOS DEL INVIMA

Hace constar que

Oscar Andres Cisneros Rojas

Identificado con el número: 1127140976

Participó y completó con éxito el curso de autoaprendizaje: ***"VigiFlow- Programa Nacional de Farmacovigilancia - estándar de codificación MedDRA ", con el propósito de fortalecer las capacidades técnicas de los referentes en la notificación y gestión de los Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y brindar los lineamientos para el ejercicio de la Farmacovigilancia en Colombia.***

5be12263-3c39-43ab-a2e4-20e58f2dba23

ANDREY FORERO ESPINOSA
Director Técnico (E) de Medicamentos y Productos Biológicos

Expedido en Bogotá D. C, el 28 de agosto de 2026, Intensidad: 20 horas

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 2fa080ca-86bd-4f9a-8db4-700569c5722a

Nombres y apellidos / Full name: **OSCAR ANDRES CISNEROS ROJAS**

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

Número de identificación / ID Number: **1127140976**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **30/01/1991**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3102051909**

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

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Dia / Day	Mes / Month	Año / Year				
Fiebre Amarilla	Única	20	06	2008		M56231V	SANTA ROSALIA HOSPITAL LOCAL	TORIBIO GAMEZ BALCARTEL
TD Adulto	Primer Refuerzo	30	08	2016		D2276	SANTA ROSALIA HOSPITAL LOCAL	
TD Adulto	Primera	29	10	2018		D2300	SANTA ROSALIA HOSPITAL LOCAL	TORIBIO GAMEZ BALCARTEL
COVID SINOVAC	Primera	27	02	2021		2021010044	SANTA ROSALIA HOSPITAL LOCAL	TORIBIO GAMEZ BALCARTEL
COVID SINOVAC	Segunda	27	03	2021		E202102011	SANTA ROSALIA HOSPITAL LOCAL	TORIBIO GAMEZ BALCARTEL
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	30	07	2021		V50221006	SANTA ROSALIA HOSPITAL LOCAL	TORIBIO GAMEZ BALCARTEL
COVID MODERNA	Primer Refuerzo	01	02	2022	MODERNA SWITZERLAND GMBH	015F21A	SANTA ROSALIA HOSPITAL LOCAL	FANY ALEJANDRA JACOME BELTRAN
COVID PFIZER	Segundo Refuerzo	01	09	2022	PFIZER	PCA0076	SANTA ROSALIA HOSPITAL LOCAL	FANY ALEJANDRA JACOME BELTRAN
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	24	05	2023		V50523004	SANTA ROSALIA HOSPITAL LOCAL	LORENA ALEXANDRA MONCADA VEGA
Hepatitis B Adultos Particular	Primera	01	06	2023		22050922A	SANTA ROSALIA HOSPITAL LOCAL	LORENA ALEXANDRA MONCADA VEGA
Hepatitis B Adultos Particular	Segunda	17	07	2023		220600622A	SANTA ROSALIA HOSPITAL LOCAL	LORENA ALEXANDRA MONCADA VEGA
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	03	05	2024	Green Cross	V50524003	SANTA ROSALIA HOSPITAL LOCAL	LORENA ALEXANDRA MONCADA VEGA
Hepatitis B Adultos Particular	Tercera	17	06	2024		220500523C	SANTA ROSALIA HOSPITAL LOCAL	LORENA ALEXANDRA MONCADA VEGA
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	07	05	2025	GC BIOPHARMA CORP	V50525003	SANTA ROSALIA HOSPITAL LOCAL	LORENA ALEXANDRA MONCADA VEGA - CC1127141380 - ACTIVO

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

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

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

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

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

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

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

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

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 2fa080ca-86bd-4f9a-8db4-700569c5722a

Nombres y apellidos / Full name: **OSCAR ANDRES CISNEROS ROJAS**

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

Número de identificación / ID Number: **1127140976**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **30/01/1991**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3102051909**

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

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Dia / Day	Mes / Month	Año / Year				
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	30	04	2026	GC BIOPHARMA CORP	V50526001	SANTA ROSALIA HOSPITAL LOCAL	LORENA ALEXANDRA MONCADA VEGA - CC1127141380 - INACTIVO
Varicela Particular	Primera	23	07	2026		2017300	MEDELLIN SENA CENTRO DE SERVICIOS DE SALUD	JORGE MARIO TABARES ATEHORTUA - CC1017131671 - ACTIVO

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

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

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

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

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

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

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

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