Cajicá, noviembre de 2026

Señor (a)
NILDA ARTEAGA GUINEA
CC No. 35.419.179
CARRERA 6 No. 5-78 BARRIO DIVINO NIÑO, NEMOCON - CMARCA
CEL: 3212417904
E-MAIL: castroarteaga28@gmail.com

ASUNTO: INVITACIÓN PRIVADA A CONTRATAR.

Respetado (a) Señor (a):

De manera atenta le remito los estudios previos para su análisis y si así lo considera pertinente proceda a presentar propuesta para la respectiva contratación en la E.S.E. HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELIER, con las siguientes características:

OBJETO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE PSICOLOGIA PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL PAPSIVI EN EL MUNICIPIO DE CAJICÁ
OBLIGACIONES ESPECIFICAS	**1.** Apoyar el desarrollo de la estrategia de focalización en el territorio a su cargo, conforme a los lineamientos establecidos por el MSPS. **2.** Verificar la inclusión de las víctimas en el RUV o en las bases de datos de sentencias, órdenes judiciales y/o administrativas nacionales e internaciones. **3.** Participar en las sesiones del Equipo de Atención Integral para la formulación y seguimiento del plan de atención integral. **4.** Concertar los Planes de Atención Integral con las personas víctimas de acuerdo con los hallazgos identificados en la valoración, bajo el principio de interseccionalidad, conforme a los lineamientos del MSPS. **5.** Brindar la atención psicosocial de manera intramural y/o extramural conforme a lo definido en los Planes de Atención Integral y en el marco de las orientaciones propuestas por el MSPS. En cualquier caso, las actividades extramurales que se realicen han de ser notificadas al coordinador municipal y llevarse a cabo respetando las prácticas de seguridad y protección establecidas para la Misión Médica. **6.** Realizar el cargue oportuno de la atención psicosocial de manera oportuna en el Aplicativo Web del Programa, conforme a los lineamientos del MSPS. **7.** Participar en las acciones de Desarrollo al Talento Humano [formación, acompañamiento técnico y cuidado emocional] del Programa. **8.** Contar con la certificación de aprobación del curso " Atención con enfoque psicosocial a víctimas del conflicto armado" con una intensidad de 40 horas, con el fin de fortalecer las competencias técnicas y conceptuales para la atención integral con enfoque diferencial y psicosocial a las víctimas del conflicto armado. **9.** Garantizar la confidencialidad sobre la información recibida en el proceso de atención psicosocial a través de las suscripciones de la Fichas de Acercamiento, así como los acuerdos de uso individual del Aplicativo Web del Programa. **10.** Respetar los parámetros éticos de su profesión a lo largo de todo el proceso de atención establecido en el Programa. **11.** Realizar el archivo de la información producto de la atención psicosocial conforme los lineamientos y normas del Archivo General de la Nación. **12.** Carga por profesional: Se establece un máximo de 18 planes por profesional, para atender a un mínimo de 50 personas víctimas, durante un (1) ciclo de atención de dos (2) meses. El desarrollo de las atenciones se llevará a cabo en máximo de 8 sesiones de

Este documento es propiedad del Hospital Profesor Jorge Cavelier.
La versión vigente reposa en el Sistema de Gestión de Calidad

	60 minutos cada una
PRESUPUESTO OFICIAL	HASTA LA SUMA DE DIEZ MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($10.400.000)
PLAZO DE EJECUCIÓN ESTIMADO	El plazo de ejecución será el establecido a partir de la suscripción del acta de inicio del contrato.

INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES: Para poder presentar propuesta, se requiere de la inexistencia de inhabilidades e incompatibilidades de orden constitucional o legal, especialmente las establecidas en el Estatuto General de Contratación. Para este efecto deberá manifestar por escrito, bajo la gravedad del juramento, no encontrarse incurso en ninguna de aquellas; la entidad lo aceptará bajo el principio de la buena fe.

DOCUMENTOS A LA PROPUESTA: La propuesta se integrará con los documentos que se relacionan a continuación y siguiendo la estructura que se indica, para facilidad tanto de su elaboración para los proponentes, como de su evaluación.

DOCUMENTOS:

1. Propuesta económica dirigida a la Gerencia de la E.S.E Hospital Profesor Jorge Cavelier
2. Hoja de vida SIGEP actualizada, firmada y legible, (la cual debe estar acorde con los soportes académicos y laborales).
3. Certificaciones académicas, Diploma y Acta de grado legibles (Resolución de convalidación expedida por el ministerio de salud en los casos que se encuentren títulos obtenidos en el extranjero)
4. Oficio de autorización de verificación de títulos
5. Certificaciones laborales, legibles (nombre o razón social de la entidad o empresa, tiempo de servicio y relación de funciones desempeñadas, la expedición de esta constancia debe ser por autoridad competente pública o privada).
6. Documento de identidad Legible.
7. Libreta militar o situación militar definida (cuando aplique.)
8. Tarjeta profesional (cuando aplique.)
9. Antecedentes profesionales (cuando aplique) (Tribunal de ética)
10. Vigencia Tarjeta Profesional (Cuando aplique)
11. Certificación cuenta bancaria.
12. Certificación de estado ACTIVO a EPS. No mayor a treinta (30) días.
13. Certificado de Afiliación a Pensiones No mayor a treinta (30) días.
14. Certificado de afiliación ARL (Entidad)
15. RUT
16. Certificado de inhabilidades compatibles y conflicto de intereses (SIGEP – Función Pública, ley 2013 de 2019)
17. Examen médico ocupacional de ingreso o certificado vigente, de conformidad con la normativa aplicable en materia de seguridad y salud en el trabajo y los riesgos asociados a las actividades contratadas. Vigencia de 3 años.
18. Certificado Antecedentes Fiscales (Contraloría)
19. Certificado Antecedentes Disciplinarios (Procuraduría)
20. Certificado Antecedentes Judiciales (Policía)
21. Certificado Registro Nacional de Medidas Correctivas
22. Certificado de Inhabilidades por delitos sexuales a menores de 18 años
23. Certificado Registro de Deudores Alimentarios Morosos – REDAM
24. Curso de transparencia y lucha contra la corrupción (Función Pública)
25. Curso MIPG (Función Pública)
26. Curso Atención integral en salud con enfoque psicosocial (Mínimo 60 horas)
27. Certificado de curso de lavado de manos de la OMS
28. ReTHUS registro ante la secretaria de Salud (**Todo el personal de la salud**) (Lo realiza la entidad)
29. Certificado curso atención integral en salud para víctimas de violencia sexual (Todo el personal de la salud y Conductores de ambulancias) (no mayor a 2 años).
30. Certificado curso de gestión del duelo (Todo el personal de la salud) (no mayor a 2 años)
31. Certificado curso del dolor y cuidado paliativo (Médicos generales, Especialistas y Profesionales de Enfermería) (no mayor a 2 años)
32. Certificado de asesora en VHI y enfermedades de trasmisión sexual **(Médicos generales, Especialistas en Ginecología, Profesional de Enfermería, Psicólogo (a))**

Este documento es propiedad del Hospital Profesor Jorge Cavelier.
La versión vigente reposa en el Sistema de Gestión de Calidad

33. Certificado curso de Interrupción Voluntaria del Embarazo – IVE (Médicos generales y Especialistas, Jefe de Enfermería, Psicólogo).
34. Fotocopia del carné de vacunas (Hepatitis b 3 dosis, toxoide tetánico para hombres y mujeres, influenza, Covid-19). (Todo el personal asistencial).

Si se encuentra interesado, sírvase manifestarlo por escrito y remitir la documentación a que aluden la presente invitación al área de Contratación.

Reciba un cordial saludo,

FADIME MARTINEZ URZOLA
GERENTE

11/13/2026 13:22
3203X650669 176.16.1.58

Cajicá noviembre de 2026

Señores
E.S.E. HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELIER
Cajicá – Cundinamarca

REF. Propuesta para PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE PSICOLOGIA PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL PAPSIVI EN EL MUNICIPIO DE CAJICÁ

NILDA ARTEAGA GUINEA, identificada con C.C. No. **35.419.179**, presento a la E.S.E. HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELIER propuesta para desarrollar el contrato en referencia, conforme a los términos establecidos por la entidad con el fin de ejecutar las siguientes actividades:

1. Apoyar el desarrollo de la estrategia de focalización en el territorio a su cargo, conforme a los lineamientos establecidos por el MSPS.
2. Verificar la inclusión de las víctimas en el RUV o en las bases de datos de sentencias, órdenes judiciales y/o administrativas nacionales e internaciones.
3. Participar en las sesiones del Equipo de Atención Integral para la formulación y seguimiento del plan de atención integral.
4. Concertar los Planes de Atención Integral con las personas víctimas de acuerdo con los hallazgos identificados en la valoración, bajo el principio de interseccionalidad, conforme a los lineamientos del MSPS.
5. Brindar la atención psicosocial de manera intramural y/o extramural conforme a lo definido en los Planes de Atención Integral y en el marco de las orientaciones propuestas por el MSPS. En cualquier caso, las actividades extramurales que se realicen han de ser notificadas al coordinador municipal y llevarse a cabo respetando las prácticas de seguridad y protección establecidas para la Misión Médica.
6. Realizar el cargue oportuno de la atención psicosocial de manera oportuna en el Aplicativo Web del Programa, conforme a los lineamientos del MSPS.
7. Participar en las acciones de Desarrollo al Talento Humano [formación, acompañamiento técnico y cuidado emocional] del Programa.
8. Contar con la certificación de aprobación del curso " Atención con enfoque psicosocial a víctimas del conflicto armado" con una intensidad de 40 horas, con el fin de fortalecer las competencias técnicas y conceptuales para la atención integral con enfoque diferencial y psicosocial a las víctimas del conflicto armado.
9. Garantizar la confidencialidad sobre la información recibida en el proceso de atención psicosocial a través de las suscripciones de la Fichas de Acercamiento, así como los acuerdos de uso individual del Aplicativo Web del Programa.
10. Respetar los parámetros éticos de su profesión a lo largo de todo el proceso de atención establecido en el Programa.
11. Realizar el archivo de la información producto de la atención psicosocial conforme los lineamientos y normas del Archivo General de la Nación.
12. Carga por profesional: Se establece un máximo de 18 planes por profesional, para atender a un mínimo de 50 personas víctimas, durante un (1) ciclo de atención de dos (2) meses. El desarrollo de las atenciones se llevará a cabo en máximo de 8 sesiones de 60 minutos cada una

Declaro así mismo bajo la gravedad del juramento:

1. Que esta propuesta y el contrato que llegare a celebrarse solo compromete al firmante de esta.
2. Que conozco en su totalidad los estudios, de la E.S.E. HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELIER y demás documentos del proceso y acepto los requisitos en ellos contenidos.
3. Que he recibido los documentos que integran los estudios previos y acepto su contenido.
4. Que no me hallo incurso(a) en causal alguna de inhabilidad e incompatibilidad de las señaladas en la Constitución y la ley y no me encuentro en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar con la HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELIER, que me comprometo a cumplir totalmente los servicios en el plazo estipulado en los estudios previos.
5. Que acepto las obligaciones del contrato que se llegare a celebrar.
6. Que la propuesta tiene una validez de treinta (30) días calendario.
7. Que el valor de los honorarios mensuales será de CINCO MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS ($5.200.000).
8. Que anexo soportes y demás documentos requeridos para la celebración del contrato respectivo.

Atentamente,

NILDA ARTEAGA G.

NILDA ARTEAGA GUINEA
CC No. 35.419.179
CARRERA 6 No. 5-78 BARRIO DIVINO NIÑO, NEMOCON - CMARCA

11/13/2026 13:22
3203X650669 176.16.1.58

CEL: 3212417904
E-MAIL: castroarteaga28@gmail.com

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
ARTEAGA	GUINEA	NILDA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 35419179	F ⊗ M ○ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 28 MES 07 AÑO 1976	CARRERA 6 5 78 BARRIO DIVINO NIÑO			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	CUNDINAMARCA
DEPTO	BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO	NEMOCÓN		
MUNICIPIO	BOGOTÁ. D.C.	TELÉFONO	8544161	EMAIL	castroarteaga28@yahoo.es

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 SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	10	X		PLANIFICACION Y GESTION DE PROYECTOS DE COOPERACION AL DESARROLLO	11	2010	127687

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 ALCALDIA DE NEMOCON			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* NEMOCÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3176394003	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	01	*Año*	2020	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD						*DIRECCIÓN* CARRERA 3 12 1					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE NEMOCON			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* NEMOCÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3176394003	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	10	*Mes*	02	*Año*	2020	*Día*	09	*Mes*	07	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD						*DIRECCIÓN* Calle 3 No. 3 - 21					

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 VICENTE DE PAUL – NEMOCON, CUNDINAMARCA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* NEMOCÓN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3158282378	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	12	*Año*	2017	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SUBGERENCIA CIENTIFICA						*DIRECCIÓN* CARRERA 6 No 9 - 40 SUR NEMOCON					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL – NEMOCON, CUNDINAMARCA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* NEMOCÓN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3158282378	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	10	*Mes*	11	*Año*	2017	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2017
RGO O CONTRATO ACTUAL NTRATISTA	*DEPENDENCIA* SUBGERENCIA CIENTIFICA						*DIRECCIÓN* CARRERA 6 No 9 - 40 SUR NEMOCON					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL -- NEMOCON, CUNDINAMARCA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* NEMOCÓN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3158282378	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	11	*Año*	2017	*Día*	29	*Mes*	11	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SUBGERENCIA CIENTIFICA						*DIRECCIÓN* CARRERA 6 No 9 - 40 SUR NEMOCON					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE NEMOCON			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* NEMOCÓN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3158282378	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	07	*Año*	2017	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL NTRATISTA	*DEPENDENCIA* SUBGERENCIA CIENTIFICA						*DIRECCIÓN* CARRERA 6 9 40 SUR					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL – NEMOCON, CUNDINAMARCA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* NEMOCÓN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3158282378	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	12	*Mes*	04	*Año*	2017	*Día*	01	*Mes*	08	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PSICOLOGA PROFESIONAL						*DIRECCIÓN* CARRERA 6 No 9 - 40 SUR NEMOCON					

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 JOSE DE GUACHETA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* GUACHETÁ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 0918556188	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	15	*Mes*	04	*Año* 2015	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2015	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PSICOLOGA PROFESIONAL					*DIRECCIÓN* Carrera 2 No. 1 - 50						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE NEMOCON			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* NEMOCÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3158282378	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	03	*Mes*	01	*Año* 2014	*Día*	02	*Mes*	07	*Año*	2014	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SUBGERENCIA CIENTIFICA					*DIRECCIÓN* CARRERA 6 9 40 SUR						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE NEMOCON			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* NEMOCÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	12	*Mes*	12	*Año* 2013	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2013	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SUBGERENCIA CIENTIFICA					*DIRECCIÓN* CARRERA 6 9 40 SUR						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE NEMOCON			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* NEMOCÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3158282378	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	11	*Mes*	07	*Año* 2013	*Día*	21	*Mes*	12	*Año*	2013	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SUBGERENCIA CIENTIFICA					*DIRECCIÓN* CARRERA 6 9 40 SUR						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE NEMOCON			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* NEMOCÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3158282378	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	10	*Mes*	04	*Año* 2012	*Día*	09	*Mes*	07	*Año*	2012	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SUBGERENCIA CIENTIFICA					*DIRECCIÓN* CARRERA 6 9 40 SUR						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	6	7
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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Cajica, Noviembre 2026

NILDA ANTENAS.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

UNAD

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

Universidad Nacional Abierta y a Distancia
UNAD
Bachillerato para Jóvenes y Adultos

Resolución: 000810 del 21 de Noviembre de 2002
CEAD Zipaquirá

Diploma

Por Cuanto

ARTEAGA GUINEA NILDA

Cursó y aprobó los estudios correspondientes a la Básica Secundaria de acuerdo al desarrollo e intensidad de los Programas Oficiales "Ley 115 de 1994, Articulo 20 y 21, Decreto 230 de 2002 y resolución 2343 de 1996.

Zipaquirá, Junio 26 de 2004

JOSE MAURICIO TORRES
Director

GLORIA DEEL PILAR NIÑO
Coordinadora General

Powered by CamScanner

La República de Colombia

y en su nombre la

Universidad Nacional Abierta y a Distancia

Colegio U N A D Zipaquirá

Bachillerato a distancia para Jóvenes y Adultos Semipresencial

Autorizado por la Secretaria de Educación de la Gobernación de Cundinamarca, según Resolución No. 000801 del 6 de Agosto de 2001

Confiere a

Nilda Arteaga Guinea

C. C. 35.419.179 Zipaquirá

El Título de

Bachiller Académico

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

Director

Secretaria

Anotado al Folio No. 07

Libro de Registro No. 01

Este Diploma no requiere ser registrado en la Secretaria de Educación de conformidad con el Decreto No. 921 del 6 de Mayo de 1994

Dado en Zipaquirá (C.) a 26 de Junio de 2004

Powered by CamScanner

Universidad Nacional Abierta y a Distancia

UN

Acta Individual De Grado

UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA
UNAD CEAD ZIPAQUIRÁ
Bachillerato a Distancia para Jóvenes y Adultos.

Código SNP ICFES: 107302 **Inscripción DANE: 511001801911**

En la Ciudad de Zipaquirá, a los veintiseis dias (26) dias del mes de Junio de 2004, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último ciclo, los suscritos Director y Secretario de registro y control de bachillerato en la Dirección de la Institución Educativa UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA UNAD CEAD ZIPAQUIRÁ. Institución aprobada hasta Nueva Visita, en el Ciclo de Educación Media Semipresencial y Autorizada por la Secretaría de Educación de la Gobernación del Departamento de Cundinamarca, para otorgar el Título de Bachiller Académico, según resolución de Aprobación No 000801 del 6 de agosto de 2001.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de las alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica Semipresencial, se procedió a otorgar el Titulo de: BACHILLER ACADÉMICO
Al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

ARTEAGA GUINEA NILDA
C.C. No.35.419.179 de Zipaquirá

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 009 del 26 de Junio de 2.004, que consta de 6 alumnos graduados; comienza con el nombre de Araya Cepeda Paola Andrea y cierra con el nombre de Sánchez Hernández María Magdalena.

Firmada y sellada por JOSÉ MAURICIO TORRES CIFUENTES (Director) y GLORIA DEL PILAR NIÑO NIETO (secretaria Registro y Control)
Dada en Zipaquirá, a los (26) dias del mes de Junio de 2004.

En constancia se firma la presente por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 7o. del Decreto 180 de 1.981. No requiere ser registrado en la Secretaría de Educación según Decreto No. 921 del 6 de Mayo de 1.994; del Gobierno Nacional.

Jose Mauricio Torres Cifuentes
Director
C.C: 11.341.738 de Zipaquirá

Gloria del Pilar Niño Nieto
Secretaria Registro y Control
C.C. 35.419.878 de Zipaquirá

Powered by CamScanner

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

Universidad Nacional Abierta y a Distancia
ACREDITADA EN ALTA CALIDAD

La Universidad Nacional Abierta y a Distancia - UNAD

Ley 52 de 1981, Ley 396 de 1997 y Decreto 2770 de 2006

Teniendo en cuenta que

NILDA ARTEAGA GUINEA

C.C. Nº. 35419179

Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos por la Universidad, de conformidad con las normas legales y reglamentarias vigentes, y se le otorgó en fecha 18 de diciembre de 2010 el título de

PSICÓLOGO

A la vista de las evidencias documentales obrantes en esta Universidad, la Secretaría General, con el visto bueno del Rector, certifica la validez de dicho título.

Dado en Bogotá D.C., el día 15 de Octubre de 2024

Jaime Alberto Leal Afanador
Rector
Visto Bueno

Esther Constanza Venegas Castro
Secretaria General

DATOS DE REGISTRO DEL TÍTULO
Acta de Grado Nº 4003
Fecha 18 de diciembre de 2010
Registro de Diploma 50793
Libro 13, Folio 230

Código Seguro de Verificación: GOWThonSI5L8Ic6t

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

La Universidad Nacional Abierta y a Distancia

Ley 52 de 1981, Ley 396 de 1997 y Decreto 2770 de 2006

Teniendo en cuenta que

Nilda Arteaga Guinea

C.C. No. 35419179 de Zipaquirá

Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos por la Institución, de conformidad con las normas legales y reglamentarias vigentes, le otorga el título de

Psicólogo

Registro M.E.N. 8274

Dado en Bogotá, D.C., el día 18 del mes de Diciembre de 2010

Gloria C. [illegible] S.
Rector

Laura [illegible] Card.
Decano Escuela

Acta de Grado Nº 1003 Fecha 18 - 12 - 2010 Registro de Diploma Nº 50793, Libro 13, Folio 230

Secretario General

54329

Powered by CamScanner

Universidad Nacional
Abierta y a Distancia

Ministerio de Educación Nacional

ACTA DE GRADO No. 4003

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES, ARTES Y HUMANIDADES

En ceremonia realizada el día 18 de diciembre de 2010 en la ciudad de Zipaquirá y presidida por el Doctor Mauricio Torres Cifuentes, Director del CEAD, previa delegación de la Rectoría, una vez tomado el juramento reglamentario, confirió el titulo de:

PSICÓLOGO
REGISTRO ICFES - M.E.N 3274

A :

NILDA ARTEAGA GUINEA

Identificada con Cédula de ciudadanía No. 35419179 de Zipaquirá, quien cumplió satisfactoriamente con los requisitos exigidos en los Reglamentos y Normas Legales, habiendo aprobado el trabajo de grado titulado:

RESIGNIFICACIÓN DE VINCULOS AFECTIVOS Y COMUNICATIVOS, A PARTIR DE PROCESOS EDUCATIVOS-FORMATIVOS,COMO UN APORTE A LA RESOLUCIÓN PACÍFICA DE CONFLICTOS EN FAMILIAS DEL MUNICIPIO DE NEMOCÓN.

Y le otorgó el diploma que lo acredita como tal.

En fe de lo anterior se firma la presente Acta de Grado, en Bogotá, D.C., a los 18 días del mes de diciembre de 2010 .

Anotado en el libro de actas No.12
Registro de Diploma No. 50793 Libro 13 Folio 230

Decana Escuela

Powered by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C

Resolución No 8107 *de* 19/07/2013

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

Por la cual se autoriza el ejercicio de una profesión en el Territorio Nacional.

LA DIRECTORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el decreto 1875 de 1994 y resoluciones 02085 de Febrero 7 de 1989 y 449 de Febrero 8 de 1993 suscritas por el Ministerio de Salud y Resolución No. 001390 del 10 de Marzo de 1997 y

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) ARTEAGA GUINEA NILDA Identificado(a) con CC número 35419179 expedida en ZIPAQUIRA solicitó ante esta Secretaria la autorización del ejercicio de su profesión según TITULO de PSICOLOGO(A) otorgado por LA UNIV NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA "UNAD" el día 18/12/2010 y registrado en el libro 13 Folio 230 año 2010.

Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a ARTEAGA GUINEA NILDA identificado(a) con CC número 35419179 expedida en ZIPAQUIRA para ejercer la profesión de PSICOLOGO(A) en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

ARTICULO SEGUNDO: Para laborar en zona geográfica diferente al Distrito Capital, el autorizado deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud correspondiente con el fin de ejercer el control y vigilancia conforme a la ley.

ARTICULO TERCERO: Contra la presente resolución procede el recurso de reposición ante la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud en los términos establecidos en el código contencioso administrativo.

NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 19/07/2013

ELSA GRACIELA MARTÍNEZ ECHEVERRY
Directora de Desarrollo de Servicios

Bogotá. D.C 29/07/2013
A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) NILDA ARTEAGA
CC. # 35419179
Firma NILDA ARTEAGA

Cra 32 No 12-81
Tel 364-9090
www.saludcapital.gov.co
Info Línea 195

BOGOTÁ HUMANA

Powered by CamScanner

SEMILLAS DE VIDA

FORO DEPARTAMENTAL
EMPODERANDO MENTES, TRANSFORMANDO VIDAS

CERTIFICADO

DE PARTICIPACIÓN

La Gobernación de Cundinamarca, la Secretaría de Salud de Cundinamarca y el Hospital Universitario La Samaritana certifican que:

NILDA ARTEAGA GUINEA

CC: 35419179

Participó en el evento "Empoderando Mentes, Transformando Vidas", realizado el día 02 de junio de 2026, jornada en la que se presentó el balance de la estrategia "Semillas de Vida", iniciativa liderada para la prevención de la conducta suicida, la promoción de la salud mental y el fortalecimiento de factores protectores en el departamento de Cundinamarca.

Durante el espacio se socializaron los principales avances, resultados e impactos alcanzados por la estrategia en 17 municipios del departamento, así como las acciones desarrolladas para promover la identificación temprana de riesgos, la atención oportuna y la construcción de entornos que favorezcan el cuidado de la vida y el bienestar de las comunidades. La presente certificación se expide a solicitud del interesado para los fines pertinentes.

Dada en Bogotá, D. C. el día 2 de junio de 2026.

Jorge A. López Quintero

Dr. Jorge Andrés López Quintero
Gerente
Hospital Universitario de La Samaritana E.S.E.

SEMILLAS DE VIDA
VALIDACIÓN DEL PROYECTO
Luis E Correa P
2026

Dr. Luis Eduardo Correa
Coordinador de Proyecto Semillas de Vida
Hospital Universitario de La Samaritana E.S.E.

Gobernación de Cundinamarca | Salud | HUS

MinInterior
Ministerio del Interior

PROSPERIDAD PARA TODOS

Observatorio para la paz

EL PRESENTE DOCUMENTO HACE CONSTAR QUE:

NILDA ARTEAGA GUINEA

ASISTIÓ AL TALLER:

TRANSFORMACIÓN ASERTIVA DE CONFLICTOS COTIDIANOS DESDE LA PAZ COMO CULTURA

LUGAR Y FECHA DEL TALLER: CHIA. NOVIEMBRE 14, 15 Y 16 DE 2013
INTENSIDAD HORARIA: 24 horas

Lucía Bastidas Ubaté
Directora para la Democracia, la Participación Ciudadana y la Acción Comunal

Vera Grabe Loewenherz
Directora Corporación Observatorio Para la Paz



SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ
HOSPITAL DE SAN JOSÉ
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD - FUCS

CERTIFICA QUE:

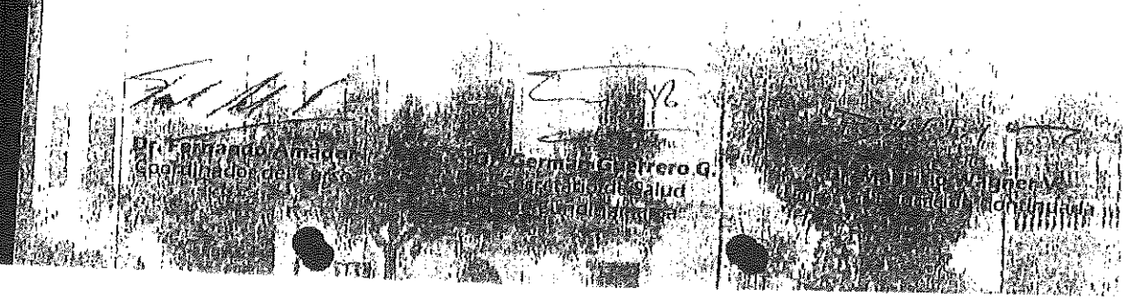
Nilda Arteaga Guinea

Asistió en calidad de participante al

CURSO PROCESOS DE INFORMACIÓN GERENCIAL

Realizado en Zipaquirá, los días 22 y 23 de Noviembre de 2012.
Con una intensidad de 16 horas presenciales.

En constancia firman:



UNIVERSIDAD LIBRE

Rectoría Nacional
Cátedra Gerardo Molina

CERTIFICA QUE:

NILDA ARTEAGA GUINEA

Cursó y aprobó el

Diplomado

sobre

Derecho Internacional Humanitario

Realizado en Bogotá durante el año 2006,
con una intensidad de 100 horas

NICOLÁS ENRIQUE ZULETA HINCAPIÉ
Rector Nacional

PABLO ELÍAS GONZÁLEZ MONGUÍ
Director Cátedra GERARDO MOLINA

Bogotá D.C., Diciembre de 2006

CONTRALORÍA DE CUNDINAMARCA
ESCUELA DE CAPACITACIÓN
PLAN INSTITUCIONAL DE FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN

Certifica que:

NILDA ARTEAGA GUINEA

C.C. No. 35.419.179

Asistió a la Capacitación

"GESTIÓN DOCUMENTAL - ARCHIVO"

Realizado en el Municipio de Nemocón Cundinamarca, el 6 de Agosto de 2009
Con una intensidad de 4 horas.

JOSÉ IGNACIO GONZÁLEZ RUÍZ
Contralor Auxiliar

DANIEL RINCÓN DIAZ
Subdirector Escuela de Capacitación

Bogotá, D.C.

asociación

AFECTO

Contra El Maltrato Infantil

La Asociación Afecto contra el maltrato infantil

Personería Jurídica 0255 del 9 de marzo de 1990, otorgada por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

CERTIFICA QUE:

NILDA ARTEAGA GUINEA

Asistió al Curso **"Los Monstruos de los Niños"**, realizado en la ciudad de Bogotá, Colombia, el veintiuno (21) de mayo del año 2009, con una intensidad de 8 horas.

ISABEL CUADROS FERRE
Directora Ejecutiva

FUNDACIÓN
INSTITUTO COLOMBIANO
DE PSICOTERAPIA
INTEGRAL

FICPI

CERTIFICA QUE

Nilda Arteaga Guinea

Asistió en calidad de participante al Seminario "Explorando el mundo de la Pareja ", realizado el día Veinticinco de Abril de 2009 en la ciudad de Bogotá.

Dr. GUILLERMO CARVAJAL
Director General FICPI

Ing. MARTHA ISABEL GÓMEZ
Directora Ejecutiva FICPI

La Alcaldía de Zipaquirá,
La Secretaría de Salud y Medio Ambiente y
Usesalud

USESALUD

CERTIFICAN QUE

ARTEAGA GINEA NILDA

Participó en El Primer Congreso
" Regionalización de la Salud Pública Relacionada con el Medio Ambiente "
con una intensidad de 16 horas,
realizado en Zipaquirá los días 26 y 27 de Noviembre de 2009

Dado en Zipaquirá, a los 27 días de Noviembre de 2009

Dr. Iñigo Enrique González Garzón
Alcalde de Zipaquirá

Dr. Víctor Manuel Veloz Abello
Secretario de Salud y Medio Ambiente

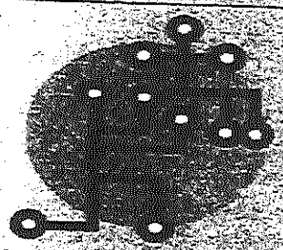
Lic. Dora Elvira Rodríguez Piedrahita
Gerente USESALUD

ASOCIACION COLOMBIANA DE PSICOTERAPIA DE PAREJA

ACOPSIPA

CERTIFICA QUE

NILDA ARTEAGA GUINEA



Asistió en calidad de participante al Seminario" Enamorarse o Desenamorarse" ,realizado el dieciséis de Mayo de 2009 en el Municipio de Villeta.

Dr. ENRIQUE MATEUS
Director General ACOPSIPA

Dra. BEATRIZ PARDO
Directora Científica ACOPSIPA

E.S.E. HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELIER			
PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO – SUBPROCESO TALENTO HUMANO			
FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE VERIFICACIÓN DE TITULOS			
Página: 1 de 1	**Código:** A-GTH-TH-F-3	**Versión:** 01	**Fecha:** 15/09/2026

ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO Y/O INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR	TÍTULO OBTENIDO	FECHA DE GRADO
Universidad Nacional Abierta y a distancia UNAD	Psicólogo	18/10/2010

Yo, NILDA ARTEAGA GUIZA, identificado (a) con cédula de ciudadanía N° 35419179 de ZIPAQUIRÁ, manifiesto que es mi voluntad, libre, consciente y sin presión de ninguna índole, autorizar a la **E.S.E. Hospital Profesor Jorge Cavelier de Cajicá**, para que realice las respectivas verificaciones de formación académica acreditados por el establecimiento educativo y/o institución de educación superior para fines de contratación laboral.

La autorización faculta a la E.S.E. Hospital Profesor Jorge Cavelier de Cajicá, para que confirme toda la información académica que se registre a nombre mío, esto para dar cumplimiento a la **Ley 1581 de 2012**, **Decreto 1377 de 2013**, en lo relacionado con el tratamiento de datos personales y la **Resolución 3100 de 2019**.

Para cualquier información adicional favor contactarme en los datos registrados en la parte inferior del documento.

Cordialmente,

Firma: NILDA ARTEAGA G

Documento de identidad: 35419179

Teléfono: 3212417904

Correo electrónico: castroarteaga927@gmail.com

Fecha: Noviembre, 2026

Este documento es propiedad del Hospital Profesor Jorge Cavelier.
La versión vigente reposa en el Sistema de Gestión de Calidad

LA SUSCRITA COMISARIA DE FAMILIA DE NEMOCON CUNDINAMARCA

CERTIFICA:

Que la doctora *NILDA ARTEAGA GUINEA*, identificada con la cedula de ciudadanía numero 35.419.179 expedida en Zipaquira (Cundi), presto su servicio de prácticas profesionales y trabajo de grado en esta comisaria de familia, a partir del dia trece de febrero del año 2009 hasta el dia treinta y uno de diciembre del año 2.010, desarrollando el proyecto denominado "RESIGNIFICACION DE VINCULOS AFECTIVOS Y COMUNICATIVOS, A PARTIR DE PROCESOS EDUCATIVOS-FORMATIVOS,COMO UN APORTE A LA RESOLUCIÓN PACIFICA DE CONFLICTOS EN FAMILIAS DEL MUNICIPIO DE NEMOCON"

Se expide la presente a los trece (13) dias del mes de Octubre de dos mil once (2.011). a solicitud de la interesada.

GLORIA ESTELLA ARIZA SOTO
Comisaria de familia- Nemocón.

Powered by CamScanner

EL SUSCRITO SECRETARIO DE HACIENDA
DEL MUNICIPIO DE NEMOCON

H A C E C O N S T A R:

Que la Doctora **NILDA ARTEAGA GUINEA,** identificada con cédula de ciudadanía No. 35'419.179 expedida en Zipaquirá, presto los servicios profesionales por contrato de prestación de servicios No. 16 del 2011, por el tiempo comprendido el quince (15) de octubre de dos mil once (2011) al treinta y uno (31) de diciembre de dos mil once (2011) como **PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA EJECUCION DE LAS ACTIVIDADES DE SALUD Y SALUD LABORAL DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS 2011 EN EL MUNICIPIO DE NEMOCON.**

Se expide en el Despacho de la Secretaria de Hacienda del Municipio de Nemocón a los veintisiete (27) días del mes de Febrero del año dos mil quince (2015).-

JAIRO JIMENEZ JIMENEZ
SECRETARIO DE HACIENDA

Elaboro: MOMP-Secretaria Ejecutiva
Revisó: Jairo Jiménez Jiménez – Secretario de Hacienda
Aprobó: Jairo Jiménez Jiménez –Secretario de Hacienda

Powered by CamScanner

E.S.E. HOSPITAL
SAN VICENTE DE PAÚL
NEMOCÓN - CUND.
Nit. 860.024.026-5

EL SUSCRITO SUBGERENTE ADMINISTRATIVO DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE NEMOCON

CERTIFICA

Que la Doctora **NILDA ARTEAGA GUINEA**, identificada con la cédula de ciudadanía No. 35.419.179 de Zipaquirá, ha celebrado los siguientes Contratos de Prestación de Servicios como PSICOLOGA con la E.S.E. Hospital San Vicente de Paul de Nemocón, así:

No. CONTRATO	AÑO	F. INICIO	F. FINAL	VALOR	ACTIVIDADES CONTRATADAS
48	2012	10/04/2012	09/07/2012	6,112,000.00	Prestación Servicios Profesionales como Psicóloga para desarrollar las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) plasmadas dentro del Plan Operativo Transitorio de Salud Mental y Salud Laboral.
78	2013	11/07/2013	21/12/2013	3,730,000.00	Prestación Servicios Profesionales como Psicóloga para desarrollar las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) plasmadas dentro del Plan Operativo Transitorio de Salud Mental y Salud Laboral.
124	2013	12/12/2013	31/12/2013	1,300,000.00	Prestación Servicios Profesionales como Psicóloga para desarrollar las actividades de Concurrencia.
16	2014	03/01/2014	02/07/2014	7,800,000.00	Prestación Servicios Profesionales como Psicóloga para desarrollaras las actividades de concurrencia, enfermedades crónicas (prevención consumo de tabaco)

Pie

Se expide la presente a los ocho (08) días del mes de Mayo de Dos Mil Catorce (2014)

OSCAR LEONARDO MARTINEZ NARRA
Subgerente Administrativo.
Celular 3188271444

NILDA ARTEAGA G.

Powered by CamScanner

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN JOSE GUACHETA
NIT.: 800204497-6

EL SUSCRITO SUBGERENTE ADMINISTRATIVO DE LA ESE HOSPITAL SAN JOSE DE GUACHETA, CUNDINAMARCA

C E R T I F I C A

*Que según información que reposa en nuestros archivos, la señora **NILDA ARTEAGA GUIENA** identificada con cedula de ciudadanía **No 35.419.179 de Nemocon**, suscribió Contrato de Apoyo a la Gestión en actividades tanto de coordinación del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), como la Prioridad de Salud Mental incluida dentro del plan en mención , así:*

CONTRATO	DURACIÓN	PERIODO	VALOR
CAG – 067 - 2013	8 MESES Y 16 DIAS	15-ABR AL 31- DIC	$ 12.750.000

Se expide a solicitud del interesado, a los veintisiete (27º) días del mes de Febrero de Dos Mil Quince (2015).

Firma:

GERARDO A. CABEZA TUAY
Subgerente Administrativo

CARRERA 2 No. 1-50. TEL. 091-8556188 – 8556088 - 8556129
CORREO hsja2003@hotmail.com GUACHETA, CUNDINAMARCA

Scanned by CamScanner

Powered by CamScanner

LA SUSCRITA SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE NEMOCON

NEMOCÓN con corazón

CERTIFICA

Que **NILDA ARTEAGA GUIENA** , identificada con la cédula de ciudadanía No. 35.419.179 expedida en Zipaquirá, ha celebrado los siguiente Contratos de Prestación de Servicios profesionales con la E.S.E. Hospital San Vicente de Paul de Nemocón relacionado a continuación:

Nro: Contrato	Objeto	Vigencia	Valor Contratado
073 de 2017	prestar sus servicios profesionales como Psicóloga para desarrollar actividades de concurrencia plasmadas dentro del contrato interadministrativo No. 401 suscrito entre el Departamento de Cundinamarca - Secretaria de salud y la ESE SAN VICENTE DE PAUL DE NEMOCON	12/04/2017 al 01/08/2017	$ 8.724.000
091 de 2017	LA CONTRATISTA se obliga para con la ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE NEMOCON, a Prestar los Servicios como Psicóloga en ejecución del Contrato No. 831 de 2016 suscrito con el Departamento de Cundinamarca – Secretaria de Salud, de conformidad con la propuesta presentada la cual hace parte integral del presente contrato..	04/07/2017 al 31/10/2017	$ 11.632.000
148 de 2017	EL CONTRATISTA se obliga para con la ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE NEMOCON, a Prestar los Servicios como Psicóloga en el Municipio de Nemocón en ejecución del Contrato Interadministrativo No. 01 de 2017 suscrito con la Alcaldía Municipal de Nemocón de conformidad con la propuesta presentada.	10/11/2017 al 31/12/2017	$ 6.176.000
161 de 2017	LA CONTRATISTA se obliga para con la ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE NEMOCON, a Prestar los Servicios como PSICÓLOGA en ejecución del Contrato Interadministrativo No. 925 de 2017 suscrito con el Departamento de Cundinamarca – Secretaria de Salud, de conformidad con la propuesta presentada la cual hace parte integral del presente contrato.	15/11/2017 al 29/11/2017	$ 1.454.000
179 de 2017	LA CONTRATISTA se obliga para con la ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE NEMOCON, a Prestar los Servicios como PSICÓLOGA en ejecución del Contrato Interadministrativo No. 925 de 2017 suscrito con el Departamento de Cundinamarca – Secretaria de Salud, de conformidad con la propuesta presentada la cual hace parte integral del presente contrato.	01/12/2017 al 31/12/2017	$ 2.908.000

Se expide la presente a los Treinta (30) días del mes de Julio del Dos Mil Dieciocho (2018).

YAKLIN DARIDZA CHAPARRO SALINAS
Subgerente Administrativa y Financiera

Powered by CamScanner

LA SUSCRITA SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DE LA E.S.E. HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO

HACE CONSTAR:

Que revisados los archivos de contratación se encontró que **NILDA ARTEAGA QUINEA.**, identificada con cédula de ciudadanía N **35 419.179 DE ZIPAQUIRA**, desarrollo actividades, por la modalidad de Contrato de Prestación de Servicios, de acuerdo a la siguiente relación

No. DE CONTRATO ADICIÓN Y PRORROGA	VALOR DEL CONTRATO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	OBJETO
705-2016	$540 000	22/09/2016	30/09/2016	**PRESTACION DE SERVICIOS COMO TRABAJADORA SOCIAL QUIEN GARANTICE COORDINACION Y APOYO AL SERVICIO DE INFORMACION Y ATENCION AL USUARIO (SIAU) Y DE ESTA MANERA UNA ATENCION INTEGRAL A LOS USUARIOS DEL HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO, QUE LO REQUIERAN.**

Desarrollando las siguientes obligaciones especificas

1 Atencion al cliente interno y externo del hospital 2 Realización, tabulación y análisis de encuestas de satisfacción apicadas en los diferentes servicios 3 Realización de planes de mejoramiento y seguimiento a los mismos de acuerdo a las necesidades arrojadas del comportamiento de los servicios 4 Apertura de buzones de quejas y sugerencias según lo programado 5 Atención y respuesta a quejas y reclamos y elaboración del informe y el plan de mejoramiento correspondiente 6 Coordinación y ejecución de las actividades del SIAU 7 Ingreso de autorizaciones de la EPS, según contratación vigente de la ESE y entrega de las mismas 8 Manejo y autorizaciones a través del B salud 9 Realización y entrega de informes estipulados y solicitados 10 Desempeñar las demás funciones inherentes al objeto contractual que le sean asignadas por el supervisor del contrato 11 Realización de todas aquellas actividades inherentes al cargo 12 Participar en la elaboración del manual de normas y procedimientos del área 13 Participar de manera activa y comprometida en los procesos de certificación del hospital en los diferentes programas como habilitación, IAMI, acreditación, etc 14 Desempeñar las demás funciones inherentes al objeto contractual que le sean asignadas por el supervisor del contrato 15 Ejecutar en forma idónea y oportuna el objeto del presente contrato 16 Garantizar la calidad del servicio contratado de acuerdo con las especificaciones requeridas por el hospital 17 Obrar con lealtad y buena fe en todas las actuaciones propias de su actividad 18 Devolver en buen estado de conservación al finalizar el plazo de ejecución del contrato los bienes y/o elementos que le hayan sido entregados por el hospital como apoyo logístico 19 Brindar la disponibilidad necesaria para el cabal cumplimiento de sus obligaciones como contratista 20 Dar cumplimiento oportuno y estricto a lo establecido en el artículo 23 de la ley 1150 de 2007, presentando al supervisor certificación de pago de salud y pensiones, previo a cada pago 21. Presentar informe mensual sobre el cumplimiento del objeto contractual al supervisor del contrato, para que le sea expedida la certificación del mismo 22 Bajo ninguna razón el contratista podrá, respecto de los usuarios, pacientes o acompañantes, inducir, recibir, solicitar, sugerir, constreñir o aceptar, directa o indirectamente, para así o para un tercero o por el servicio aquí contratado, remuneración, dinero, utilidad, promesa de pago dádiva o cualquier otro beneficio, distinto al pactado en el contrato de prestación de servicios a celebrarse

No. DE CONTRATO ADICIÓN Y PRORROGA	VALOR DEL CONTRATO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	OBJETO
737-2016	$1 980 000	24/10/2016	31/10/2016	**PRESTACION DE SERVICIOS COMO PSICOLOGA QUIEN GARANTICE COORDINACION Y APOYO AL SERVICIO DE INFORMACION Y ATENCION AL USUARIO (SIAU) Y DE ESTA MANERA UNA ATENCION INTEGRAL A LOS USUARIOS DEL HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO, QUE LO REQUIERAN.**

Desarrollando las siguientes obligaciones especificas

1 Atencion al cliente interno y externo del hospital 2 Realizacion, tabulación y análisis de encuestas de satisfacción aplicadas en los diferentes servicios 3 Realización de planes de mejoramiento y seguimiento a los mismo de acuerdo a las necesidades arrojadas del comportamiento de los servicios 4 Apertura de buzones de quejas y sugerencias segun lo programado 5 Atención y respuesta a quejas y reclamos y elaboración del informe y el plan de mejoramiento correspondiente 6 Coordinacion y ejecución de las actividades del SIAU 7 Ingreso de autorizaciones de la EPS segun contratación vigente de la ESE y entrega de las mismas 8 Manejo y autorizaciones a traves del B salud 9 Realizacion y entrega de informes estipulados y solicitados 10 Desempeñar las demás funciones

Escaneado con CamScanner

Inherentes al objeto contractual que le sean asignadas por el supervisor del contrato.11. Realización de todas aquellas actividades inherentes al Cargo 12 Participar en la elaboración del manual de normas y procedimientos del área.13.Participar de manera activa y Comprometida en los procesos de certificación del Hospital en los diferentes programas como habilitación ,IAMI acreditacion ,etc 14 Desempeñar las demás funciones inherentes al objeto contractual que le sean asignadas por el supervisor del contrato 15 Ejecutar en forma idónea y oportuna el objeto del presente contrato.16.Garantizar la calidad del servicio contratado de acuerdo con las especificaciones requeridas por el hospital .17. Obrar con lealtad y buena fe en todas las actuaciones propias de su actividad 18. Devolver en buen estado de conservación al finalizar el plazo de ejecución del contrato los bienes y/o elementos que le hayan sido entregados por el hospital como apoyo logístico 19. Brindar la disponibilidad necesaria para el cabal cumplimiento de sus obligaciones como contratista 20. Dar cumplimiento oportuno y estricto a lo establecido en el articulo 23 de la ley 1150 del 2007, presentando al supervisor certificación de pago de salud y pensiones, previo a cada pago 21. Presentar informe mensual sobre el cumplimiento del objeto contractual al supervisor del contrato, para que sea expedida la certificación del mismo .22. Bajo ninguna razón el contratista podrá respecto de los usuarios, pacientes o acompañantes, inducir, recibir, solicitar, sugerir, constreñir o aceptar, directa o indirectamente, para así o para un tercero o por el servicio aquí contratado, remuneración, dinero, utilidad, promesa de pago dádiva o cualquier otro beneficio, distinto al pactado en el contrato de prestación de servicios a celebrarse.

No. DE CONTRATO ADICIÓN Y PRORROGA	VALOR DEL CONTRATO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	OBJETO
773-2016	$8 724 000	01/11/2016	31/12/2016	PRESTACION DE SERVICIOS COMO PSICOLOGA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE SERVICIOS AMIGABLES EN SALUD DE LA E.S.E. HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO.

Desarrollando las siguientes obligaciones especificas:
1. Realizar jornadas de canalización individualizada adolescentes y jóvenes por psicología. 2. Conformar y/o continuar el fortalecimiento del grupo de adolescentes juvenil, por medio de capacitaciones en derechos humanos, sexuales y reproductivos, con el fin de generar capacidades para el trabajo con pares .3. Realizar jornadas de embellecimiento de las unidades amigables con participación activa de los adolescentes y jóvenes (la IPS debe garantizar la infraestructura y atención en horarios a partir de las necesidades de los adolescentes y jóvenes) 4. realizar jornadas de canalización de los adolescentes y jóvenes en los rangos de edad de 10 a 19, en los diferentes servicios ofertados en la Unidad Amigable.5. Socialización de las guías de atención institucional e intersectorial de embarazo en la presencia habilas dicho al VIH y anticoncepción de acuerdo al contexto municipal. 6.Documento de análisis de la situación del embarazo en adolescentes en salud, énfasis en SSR y la de los adolescentes y jóvenes en cada uno de los municipios priorizados .7. Identificar inventariar y socializar en espacios juveniles de adolescentes y jóvenes los actores claves en el trabajo como adolescentes y jóvenes en el municipio .8. Conformar Y/o continuar el fortalecimiento de la veeduría social juvenil para el servicio amigable para adolescentes y jóvenes .9. Realización de foros juveniles en los temas relacionados con derechos humanos, sexuales y reproductivos, salud sexual y salud y salud reproductiva (Regulación de la fecundidad, prevención de embarazo adolescentes , o eventos prioritarios de salud mental prevalentes para el curso de vida juventud (consumo de SPA, prevención de violencias y proyecto de vida), así como de movilización y participación social, favoreciendo la salud de las y los adolescentes y jóvenes. 10 Realizar encuentro de feria de escuelas de formación para utilización del tiempo libre, en coordinación con cultura y deporte de nivel municipal 11 Realizacion del taller DHSR (Derechos humano, sexuales y reproductivos):a mínimo 30 niños, niñas y adolescentes y jóvenes 12 adquisicion de métodos de planificación familiar (preservativos) para entrega a los adolescentes y jóvenes 13 Desempeñar las demás funciones inherentes al objeto contractual que le sean asignadas por el supervisor del contrato .14 Ejecutar en forma idónea u oportuna el objeto del presente contrato 15 Garantizar la calidad del servicios contrato de acuerdo con las especificaciones requeridas por el Hospital 16. Obrar con lealtad y buena fe en todas las actuaciones propias de su actividad.17. Devolver en buen estado de conservación al finalizar el plazo de ejecución del contrato los bienes y/o elementos que le hayan sido entregados por el hospital como apoyo logistico .18. Brindar la disponibilidad necesaria para el cabal cumplimiento de sus obligaciones como contratista 19. Dar cumplimiento oportuno y estricto a lo establecido en el articulo 23 de la ley 1150 del 2007, presentando al supervisor certificación de pago de salud y pensiones, previo a cada pago 20. Presentar informe mensual sobre el cumplimiento del objeto contractual al supervisor del contrato, para que sea expedida la certificación del mismo .21. Bajo ninguna razón el contratista podrá respecto de los usuarios, pacientes o acompañantes, inducir, recibir, solicitar, sugerir, constreñir o aceptar, directa o indirectamente, para así o para un tercero o por el servicio aquí contratado, remuneración, dinero, utilidad, promesa de pago dádiva o cualquier otro beneficio, distinto al pactado en el contrato de prestación de servicios a celebrarse

No. DE CONTRATO ADICIÓN Y PRORROGA	VALOR DEL CONTRATO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	OBJETO
900-2016	$3 600 000	23/12/2016	30/12/2016	PRESTACION DE SERVICIOS COMO PSICOLOGA QUIEN GARANTICE COORDINACION Y APOYO AL SERVICIO DE INFORMACION Y ATENCION AL USUARIO (SIAU) Y DE

Escaneado con CamScanner

				ESTA MANERA UNA ATENCION INTEGRAL A LOS USUARIOS DEL HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO, QUE LO REQUIERAN.

Desarrollando las siguientes obligaciones especificas:
1.Atencion al cliente interno y externo del hospital. 2.Realizacion, tabulación y análisis de encuestas de satisfacción aplicadas en los diferentes servicios.3. Realización de planes de mejoramiento y seguimiento a los mismo de acuerdo a las necesidades arrojadas del comportamiento de los servicios.4. Apertura de buzones de quejas y sugerencias según lo programado.5. Atención y respuesta a quejas y reclamos y elaboración del informe y el plan de mejoramiento correspondiente.6. Coordinación y ejecución de las actividades del SIAU.7. Ingreso de autorizaciones de la EPS, según contratación vigente de la ESE y entrega de las mismas.8. Manejo y autorizaciones a través del B salud.9. Realización y entrega de informes estipulados y solicitados .10. Desempañar las demás funciones inherentes al objeto contractual que le sean asignadas por el supervisor del contrato.11. Realización de todas aquellas actividades inherentes al Cargo.12.Participar en la elaboración del manual de normas y procedimientos del área.13.Participar de manera activa y comprometida en los procesos de certificación del Hospital en los diferentes programas como habilitación IAMI acreditacion ,etc.14.Desempeñar las demás funciones inherentes al objeto contractual que le sean asignadas por el supervisor del contrato.15.Ejecutar en forma idónea y oportuna el objeto del presente contrato.16.Garantizar la calidad del servicio contratado de acuerdo con las especificaciones requendas por el hospital .17. Obrar con lealtad y buena fe en todas las actuaciones propias de su actividad.18. Devolver en buen estado de conservación al finalizar el plazo de ejecución del contrato los bienes y/o elementos que le hayan sido entregados por el hospital como apoyo logístico .19. Brindar la disponibilidad necesaria para el cabal cumplimiento de sus obligaciones como contratista 20. Dar cumplimiento oportuno y estricto a lo establecido en el artículo 23 de la ley 1150 del 2007, presentando al supervisor certificación de pago de salud y pensiones, previo a cada pago.21. Presentar informe mensual sobre el cumplimiento del objeto contractual al supervisor del contrato, para que sea expedida la certificación del mismo .22. Bajo ninguna razón el contratista podrá respecto de los usuarios, pacientes o acompañantes, inducir, recibir, solicitar, sugerir, constreñir o aceptar, directa o indirectamente, para así o para un tercero o por el servicio aquí contratado, remuneración, dinero, utilidad, promesa de pago dádiva o cualquier otro beneficio, distinto al pactado en el contrato de prestación de servicios a celebrarse.

No. DE CONTRATO ADICIÓN Y PRORROGA	VALOR DEL CONTRATO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	OBJETO
073-2018	$6.276.155	01/02/2018	30/06/2018	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO COMO PSICOLOGA CON EL FIN DE DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES CORRESPONDIENTES AL POA DE CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL Y DE VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES DEL PIC MUNICIPAL 2018 PARA GARANTIZAR LA ADECUADA ATENCION A LA COMUNIDAD DEL MUNICIPIO DE TENJO Y CUMPLIR CON LOS OBJETIVOS DEL MISMO.

Desarrollando las siguientes obligaciones especificas:
1.Suministro de informes y demás soportes establecidos y requendos en la prestación de los servicios enmarcados en el objeto del presente contrato.2. Demas actividades que le sean asignadas, enmarcadas en el objeto contractual.3.Obrar con lealtad y buena fe en todas todas las actuaciones propias de su actividad 4. Devolver en buen estado de conservación al finalizar el plazo de ejecución del contrato los bienes y/o elementos que le hayan sido entregados por el hospital como apoyo logístico .05. Dar cumplimiento oportuno y estricto a lo establecido en el artículo 23 de la ley 1150 del 2007 presentando al supervisor certificación de pago de salud y pensiones, previo a cada pago.6. El contratista observará siempre y en todo lugar, un trato respetuoso, cordial y amable para con las personas vinculadas de cualquier forma con el Hospital y en especial para con los usuarios del servicio de salud, observando los derechos fundamentales y los principios constitucionales tales como la igualdad y dignidad de los seres humanos ,el reconocimiento de la diversidad personal y cumpliendo el rechazo a todo tipo de discriminación , la libertad de ideas y creencias y demás contenidas en la Carta Politica.7.Bajo ninguna razón el contratista podrá, respecto de los usuarios, pacientes o acompañantes ,inducir,recibir,solicitar,sugerir,constreñir o aceptar ,directa o indirectamente, para un tercero y por el servicio aquí contratado, remuneración,dinero,promesa de pago ,dadiva o cualquier otro beneficio ,distintito al pactado en el contrato de prestación de servicios a celebrarse

Escaneado con CamScanner

No. DE CONTRATO ADICIÓN Y PRORROGA	VALOR DEL CONTRATO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	OBJETO
136-2018	$9.780.754	01/08/2018	31/12/2018	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO COMO PSICOLOGA CON EL FIN DE DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES CORRESPONDIENTES AL POA DE CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL Y VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES DEL PIC MUNICIPAL 2018 PARA GARANTIZAR LA ADECUADA ATENCION A LA COMUNIDAD DEL MUNICIPO DE TENJO Y CUMPLIR CON LOS OBJETIVOS DEL MISMO.

Desarrollando las siguientes obligaciones especificas:
1.Suministro de informes y demás soportes establecidos y requeridos en la prestación de los servicios enmarcados en el objeto del presente contrato 2. Demas actividades que le sean asignadas, enmarcadas en el onjeto contractual 3 Obrar con lealtad y buena fe en todas las actuaciones propias de su activida 4. Devolver en buen estado de conservación al finalizar el plazo de ejecución del contrato los bienes y/o elementos que le hayan sido entregados por el hospital como apoyo logistico 05 Dar cumplimiento oportuno y estricto a lo establecido en el articulo 23 de la ley 1150 del 2007 presentando al supervisor certificación de pago de salud y pensiones, previo a cada pago 6. El contratista observará siempre y en todo lugar, un trato respetuoso, cordial y amable para con las personas vinculadas de cualquier forma con el Hospital y en especial para con los usuarios del servicio de salud, observando los derechos fundamentales y los principios constitucionales tales como la igualdad y dignidad de los seres humanos ,el reconocimiento de la diversidad personal y cumpliendo el rechazo a todo tipo de discriminación , la libertad de ideas y creencias y demás contenidas en la Carta Politica 7.Bajo ninguna razón el contratista podrá, respecto de los usuarios, pacientes o acompañantes ,inducir,recibir,solicitar,sugerir,constreñir o aceptar ,directa o indirectamente, para un tercero y por el servicio aquí contratado, remuneración,dinero,promesa de pago ,dadiva o cualquier otro beneficio ,distintito al pactado en el contrato de prestación de servicios a celebrarse

La presente se expide a solicitud del interesado, dada en Tenjo Cundinamarca, a los catorce (14) dias del mes de noviembre del año dos mil veinticuatro (2024)

DAYAN HELENA MOLINA PEDREROS
SUBGERENTE ADMINISTRATIVA

Elaboro: Leidy Mansel Romero Rico /Apoyo Profesional Contratación
Reviso: Martha Milena Ramirez Balamba /Subgerente Cientifica

Escaneado con CamScanner

EL SUSCRITO SECRETARIO GENERAL Y DE GOBIERNO DEL MUNICIPIO DE NEMOCON - CUNDINAMARCA

C E R T I F I C A

Que NILDA ARTEAGA GUINEA, identificado(a) con la cedula de ciudadanía No 35.419.179 de Zipaquirá, suscribio contrato de Prestación de Servicios Profesionales con la Alcaldía municipal de Nemocón, así:

No. CONTRATO	CPSP No 11-2020
CONTRATANTE:	MUNICIPIO DE NEMOCON
NIT:	899.999.368-1
CONTRATISTA:	NILDA ARTEAGA GUINEA
IDENTIFICACION:	C.C. No 35.419.179 de Zipaquirá
OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR LA COORDINACION EN SALUD EN EL MUNICIPIO DE NEMOCON CUNDINAMARCA
VALOR DEL CONTRATO:	DOCE MILLONES DE PESOS M/CTE ($12.000.000)
PLAZO DE EJECUCIÓN:	CINCO (5) MESES
FECHA DEL CONTRATO:	FEBRERO 10 DE 2020
ACTA DE INICIO.	FEBRERO 10 DE 2020
FECHA DE TERMINACION:	JULIO 9 DE 2020

La presente se expide a los cinco (5) días del mes de enero del año dos mil veintiuno (2021).

JHON HENRY MUÑOZ ABRIL
Secretario General y de Gobierno

Powered by CamScanner

EL SUSCRITO SECRETARIO GENERAL Y DE GOBIERNO DEL MUNICIPIO DE NEMOCON - CUNDINAMARCA

C E R T I F I C A:

Que **NILDA ARTEAGA GUINEA**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 35.419.179 de Zipaquirá, suscribió contrato de Prestación de Servicios Profesionales con la Alcaldía municipal de Nemocón, así:

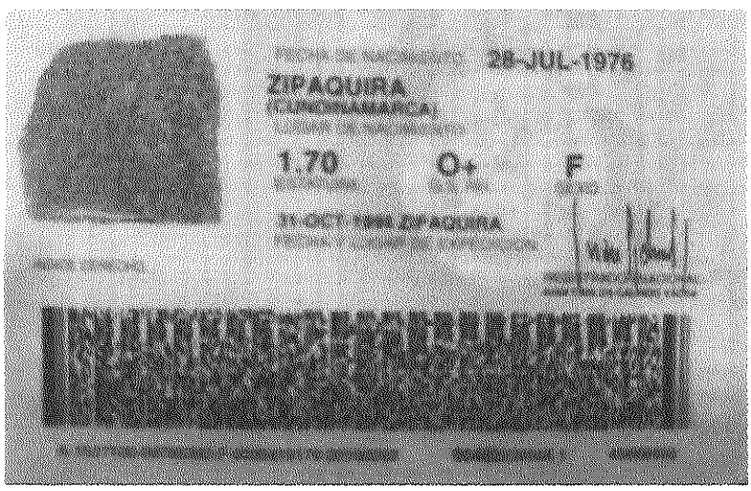
No. CONTRATO	CPSP No. 27-2020
CONTRATANTE:	MUNICIPIO DE NEMOCÓN
NIT:	899.999.366-1
CONTRATISTA:	NILDA ARTEAGA GUINEA
IDENTIFICACION:	C.C. No. 35.419.179 de Zipaquirá
OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR ACCIONES DE GESTIÓN DE LA SALUD PUBLICA EN EL MARCO DEL FORTALECIMIENTO A LA AUTORIDAD SANITARIA EN EL MUNICIPIO DE NEMOCÓN, VIGENCIA 2020
VALOR DEL CONTRATO:	DIECISIETE MILLONES CUATROCIENTOS CATORCE MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y DOS MIL PESOS M/CTE. ($17.414.392)
PLAZO DE EJECUCIÓN:	CUATRO (4) MESES Y VEINTICUATRO DÍAS (24)
FECHA DEL CONTRATO:	AGOSTO 6 DE 2020
ACTA DE INICIO:	AGOSTO 6 DE 2020
FECHA DE TERMINACION:	DICIEMBRE 30 DE 2020

La presente se expide a los cinco (5) días del mes de enero del año dos mil veintiuno (2021).

JHON HENRY MUÑOZ ABRIL
Secretario General y de Gobierno

Powered by CamScanner


35.419.179
ARTEAGA GUINEA
NILDA


25-JUL-1975
ZIPAQUIRA
1.70
O+
F
31-OCT-1994 ZIPAQUIRA

Colegio Colombiano
de Psicólogos
www.colpsic.org.co

Tarjeta Profesional de Psicólogo

Ley 1090

N° 127667

NILDA ARTEAGA GUINEA

c.c. 35.419.179

Powered by CamScanner

Colegio Colombiano de Psicólogos

Resolución N° 127667
(abril 18 de 2012)
por la cual se autoriza la expedición de una tarjeta Profesional de Psicólogo

LA PRESIDENTA DEL CONSEJO DIRECTIVO NACIONAL
DEL COLEGIO COLOMBIANO DE PSICÓLOGOS

en uso de las Funciones Públicas conferidas por el Artículo 12 de la Ley 1090 de 2006, ordinal a y de la atribución otorgada por el Acuerdo 10 del 17 de octubre de 2006, del Consejo Directivo Nacional del Colegio Colombiano de Psicólogos y

CONSIDERANDO:

Que NILDA ARTEAGA GUINEA, identificada con cédula de ciudadanía número 35419179, ha solicitado a este Colegio la expedición de su Tarjeta Profesional de Psicólogo;

Que según consta en certificación allegada a este Colegio por Fabio Ernesto Zárate Ángel, Técnico Administrativo del Grupo de Registro y Control Académico de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia, el día nueve (9) de febrero del año dos mil once (2011), la solicitante obtuvo el título de Psicólogo otorgado por la Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD el día dieciocho (18) de diciembre del año dos mil diez (2010);

Que el programa de Psicología ofrecido por la Universidad Nacional Abierta y a Distancia, cuenta con Registro Calificado otorgado por el Ministerio de Educación Nacional;

Que, [illegible] la solicitante cumple con lo dispuesto por el Artículo 7° de la Ley 1090 promulgada el 6 de Septiembre de 2006;

RESUELVE:

ARTÍCULO 1°. Autorízase la expedición de la Tarjeta Profesional de Psicólogo válida en todo el territorio nacional, a NILDA ARTEAGA GUINEA, identificada con cédula de ciudadanía número 35419179.

ARTÍCULO 2°. La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición,

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en Bogotá, D.C. a los dieciocho (18) días del mes de abril del año dos mil doce (2012).

CLAUDIA MARÍA SANÍN VELÁSQUEZ
Presidenta del Consejo Directivo

JEVELYN CARRIÓN DE NYER
Directora Ejecutiva Nacional

Powered by CamScanner

TRIBUNALES
DEONTOLÓGICOS
Y BIOÉTICOS DE
PSICOLOGÍA

TRIBUNALES DEONTOLÓGICOS Y BIOÉTICOS DE PSICOLOGÍA

La suscrita Directora Ejecutiva de los Tribunales Deontológicos y Bioéticos de Psicología certifica que, una vez consultado el sistema de información y reporte de profesionales sancionados por estos Tribunales, NO se encontró que **NILDA ARTEAGA GUINEA**, con documento de identificación N° **35419179**, tenga antecedentes deontológicos disciplinarios en ninguno de ellos.

Este certificado tiene validez de tres (03) meses.

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

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

62A66kTAK3Ogn/T49Lgx
Para validar este documento ingrese en el siguiente link:
https://sara.colpsic.org.co/publico/validar-documento

Carrera 19 # 84 -49 Antiguo Country
Bogotá D.C., Colombia
317 685 22 20
auxiliar.tribunales@colpsic.org.co

El suscrito Presidente del Consejo Directivo Nacional del Colegio Colombiano de Psicólogos - Colpsic,

HACE CONSTAR:

Que **NILDA ARTEAGA GUINEA**, identificado(a) con documento de identidad No. CC **35419179** obtuvo su Tarjeta Profesional de Psicólogo No. 127667 expedida el 18/04/12, por este Colegio al tenor de lo dispuesto en los Artículos No. 6, 7 y 12 de la Ley 1090 de 2006.

Que de acuerdo con el artículo No. 6 de la Ley 1090 de 2006, el(la) portador(a) de la Tarjeta Profesional, está habilitado(a) para el ejercicio profesional de la Psicología en todo el territorio nacional. Este documento es de carácter vitalicio, por tanto, su vigencia es permanente.

Esta constancia se expide sin borrones ni enmendaduras el 5 de noviembre de 2026.

Nota: De acuerdo con el parágrafo del artículo 6 de la Ley 1090 de 2006, el cual señala: "Las tarjetas profesionales, inscripciones o registros expedidas a psicólogos por las Secretarías de Salud de los diferentes departamentos, distritos o municipios del país u otra autoridad competente, con anterioridad a la vigencia de la presente ley, conservarán su validez y se presumen auténticas", la experiencia profesional para los psicólogos graduados antes de la Ley 1090 de 2006 (6 septiembre de 2006) se contabilizará desde el momento en que el profesional realizó el respectivo registro, tal como lo ordenaba el artículo 3º de la derogada Ley 58 de 1983. La experiencia profesional para los psicólogos graduados desde la Ley 1090 de 2006 (6 septiembre de 2006) o antes y que no hayan expedido su registro como lo ordenaba la Ley 58 de 1983 se contabilizará desde el momento en que expidió la Tarjeta Profesional con el Colegio Colombiano de Psicólogos.

Cordialmente,

JOSÉ RAÚL JIMÉNEZ MOLINA

Presidente del Consejo Directivo Nacional

6vPf064lE2BINEbD+hPS
Para validar este documento ingrese en el siguiente link:
https://sara.colpsic.org.co/publico/validar-documento

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7-47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que NILDA ARTEAGA GUINEA, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 35.419.179 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuenta de Ahorros FlexiAhorro No. 325166825, abierta/o desde el 30/3/2023.

Se expide en Bogotá el día 8 del mes de Noviembre del año 2026 con destino a: Hospital Profesor Jorge Cavelier

Firma Autorizada

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

E.P.S.Sanitas
Sanitas Internacional

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Nilda Arteaga Guinea, identificado(a) con CC número 35419179, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 35419179
NOMBRES Y APELLIDOS	Nilda Arteaga Guinea
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	28/07/1976
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	23/07/2007
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	650 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	43 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	06/06/2025
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 35419179 NILDA ARTEAGA GUINEA
Desde 01/07/2026 - Vigente CEDULA DE CIUDADANIA 35419179
NILDA ARTEAGA GUINEA Desde 06/06/2025 Hasta 30/06/2026

Generado por interfaces 08/11/2026

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **NILDA ARTEAGA GUINEA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía número 35419179,** se encuentra afiliado/a desde **01/08/2017** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES.**

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 08 de noviembre de 2026.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

POSITIVA

GRUPO BICENTENARIO

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

NILDA ARTEAGA GUINEA identificado con CC. 35419179 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE			
Nombres y/o Razón	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELIER		
Tipo y Numero de Documento	NI - 832002436		
INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/11/12	**Fecha inicio contrato**	2026/11/11
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 13 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: **CC13112026N35419179A24959150.** Este código es válido por un mes.

CER_AFI_2026034431713

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14550480640

(415)7707212489984(8020) 000001455048064 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá	14. Buzón electrónico
3 5 4 1 9 1 7 9	7	3 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	35419179	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Cundinamarca 2 5	Zipaquirá 8 9 9

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ARTEAGA	GUINEA	NILDA	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Nemocón 4 8 6

41. Dirección principal
CL 3 5 38

42. Correo electrónico castroarteaga28@yahoo.es

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 1 2 4 1 7 9 0 4	3 1 7 4 2 0 1 4 3 8

CLASIFICACIÓN

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

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros																				Exportadores					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código																						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

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

Fecha generación documento PDF: 27-01-2025 11:53:00AM

COPIA NO CONTROLADA

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$2.500.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$2.500.000,00

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

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

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

engo 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:

Tecnisalud B.C.

Cll 2 # 3-25, Interior 2
Cajicá, Cundinamarca
318 7253344
MI 900231225

Impreso con MedSystem

Certificado laboral

900231225-6 - PARTICULARES

Paciente	**NILDA ARTEAGA GUINEA**
CC	35419179
Sexo	Femenino
Nacimiento	28 de jul. 1976 (50 años, 3 meses)
Estado civil	Casado(a)
Ciudad	Cajica
Dirección	CR 6 5 78
Teléfono	+573212317904

Ocupación	PSICOLOGA
Entidad	Eps Sanitas SA
Examen	**Pre-ingreso laboral**
Fecha	sáb., 07 de nov. 2026 10:54 AM



Servicios realizados

Medicina Ocupacional

Concepto

Tipo de concepto

Sin restricción para el cargo

Énfasis

Osteomuscular

Cardiovascular

Generación: sáb., 07 de nov. 2026

Observaciones y/o recomendaciones

CONCEPTO MÉDICO LABORAL

Satisfactorio

Si

CONCEPTO OCUPACIONAL

Sin restricción para el cargo + con recomendaciones

Limitaciones O Restricciones

No

RECOMENDACIONES MÉDICAS

Solicitar en su EPS valoración anual por Audiometría, Solicitar en su EPS valoración anual por Optometría, Uso de Elementos de Protección Personal. Dieta y ejercicio. Uso de corrección visual. Seguimiento Medico por EPS por patología de base.

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

Realizar Actividad Física Constantemente, Capacitar en manejo de cargas, Capacitar en pausas activas e higiene postural, Realizar pausas activas durante la jornada laboral.

La presente certificación se expide con base en la historia laboral del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo es regulado por la resolución 2346 del 2007 y 1918 del 2009

Lizbeth Castañeda Fonseca
CC. 39769678
Médico Laboral
25300/2000

NILDA ARTEAGA GUINEA
CC: 35419179
Paciente

Powered by CamScanner

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 jueves 05 de noviembre de 2026, a las 20:50:26, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	35419179
Código de Verificación	35419179261105205026

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

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

LUIS MIGUEL MARTÍNEZ ROMERO

Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 305990897

PIB
20:46:34

Bogotá DC, 05 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) NILDA ARTEAGA GUINEA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 35419179:

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.

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 07:59:14 PM horas del 05/11/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **35419179**

Apellidos y Nombres: **ARTEAGA GUINEA NILDA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00

Policía Nacional de Colombia

(https://www.policia.gov.co/)

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, 05/11/2026 08:18:17 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **35419179** y Nombre: **NILDA ARTEAGA GUINEA.**

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. **151046690** . 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

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 20:25:22 horas del 05/11/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **35419179,** Apellidos y Nombres **ARTEAGA GUINEA NILDA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELIER,** con NIT **832002436-5** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

Área de Administración de Información Criminal

ENLACES DE INTERÉS

> Portal web DIJIN

> Consulta Antecedentes Judiciales

> Protección de Datos

SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES

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

TIC

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 35419179 **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 05/11/2026 08:28 PM

Código Verificación: **6NQ7ULDC45**

Válida hasta: **06/02/2027**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

NILDA ARTEAGA GUINEA

C.C 35.419.179

Participó y completó el curso virtual

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 08 de noviembre 2026

Código: 761002810000

Función Pública | mipg modelo integrado de planeación y gestión

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

NILDA ARTEAGA GUINEA

C.C 35.419.179

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., 08 de noviembre 2026

Luz Daifenis Arango Rivera
Directora de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 7611548774206

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".

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:

NILDA ARTEAGA GUINEA

Con Documento de Identidad No 35419179

CURSÓ Y APROBÓ EL

DIPLOMADO EN ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VÍCTIMAS (PAPSIVI)

MEDELLIN - 02 DE MAYO DE 2026 AL 05 DE JUNIO DE 2026

Con una intensidad horaria de ciento veinte (120) horas
Registrado en el Libro de Actas No 0020260605

POLITECNICO SUPERIOR de Colombia
NIT. 900.914.208-2

FIRMA Y CÓDIGO DE SEGURIDAD 260605A-350005

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.

Educación

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

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

Hace Constar que:

Nilda Arteaga Guinea

CC 35419179 de Bogotá D.C

Realizó y aprobó el Curso Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas de Conflicto Armado - Resolución 1166 de 2018
con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-10-16
Fecha de vencimiento: 2028-10-16

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

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

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

c255a585-6804-4310-a731-606b570ab885

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Nilda Arteaga Guinea

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: 92,50 %

5 de noviembre de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las 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=c255a585-6804-4310-a731-606b570ab885

web.sispro.gov.co/THS/Cliente/ConsultasPublicas/ConsultaPublicaDeTHSIdentificacion.aspx

VPN

Resultado General -2026-11-05--8:01:51 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	35419179	NILDA		ARTEAGA	GUINEA	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) NILDA ARTEAGA GUINEA identificado(a) con CC 35419179 registra la siguiente información:

2026-11-05--8:01:51 PM

Información Académica

Título Profesional	Universidad	Programa Académico	Fecha Grado	Acta de Grado	Entidad Convalidación
UNV	Local	Psicología	2013-07-19	8107	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

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).

Educación

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

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

Hace Constar que:

Nilda Arteaga Guinea

CC 35419179 de Bogotá D.C

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia - Resolución 3100 / 2019 - 459 del 2012
con un total de 80 Horas.

Fecha de emisión: 2026-11-03
Fecha de vencimiento: 2028-11-03

Verificación:

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

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

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

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

Hace Constar que:

Nilda Arteaga Guinea

CC 35419179 de Bogotá D.C

Realizó y aprobó el Curso de Acompañamiento en Proceso de Duelo con Énfasis en Terapia Emocional
Resolución 3280 / 2018 y Resolución 2632 / 2024
con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-10-30
Fecha de vencimiento: 2028-10-30

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

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

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

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

Hace Constar que:

Nilda Arteaga Guinea

CC 35419179 de Bogotá D.C

Realizó y aprobó el Curso de Asesoría Pre y Post en la Prueba Voluntaria de VIH, con Enfoque Diferencial con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-11-07
Fecha de vencimiento: 2028-11-07

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

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

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

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

Hace Constar que:

Nilda Arteaga Guinea

CC 35419179 de Bogotá D.C

Realizó y aprobó el Curso Asesoría Interrupción Voluntaria del Embarazo con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-11-05
Fecha de vencimiento: 2028-11-05

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

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

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 92186fa3-54da-4891-9fa3-f52492ab01e6

Nombres y apellidos / Full name: **NILDA ARTEAGA GUINEA**

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

Número de identificación / ID Number: **3 5 4 1 9 1 7 9**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **28/07/1976**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3212417904**

Correo electrónico / e-mail: **CASTROARTEAGA@YAHOO.ES**

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Día / Day	Mes / Month	Año / Year				
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	30	08	2018		R3B441V	NEMOCON ESE SAN VICENTE DE PAUL	NOHORA YANETH BONZA DE DIOS
COVID SINOVAC	Primera	19	03	2021	Sinovac	E202102011	NEMOCON ESE SAN VICENTE DE PAUL	NOHORA BONZA
COVID SINOVAC	Segunda	05	05	2021	Sinovac	C202104054	NEMOCON ESE SAN VICENTE DE PAUL	NOHORA BONZA
COVID PFIZER	Segundo Refuerzo	22	09	2022	PFIZER	PCA0075	NEMOCON ESE SAN VICENTE DE PAUL	NOHORA YANETH BONZA DE DIOS
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	22	11	2025	GC BIOPHARMA CORP	V50525007	NEMOCON ESE SAN VICENTE DE PAUL	MARIA MAGDALENA FUQUENE POSADA

Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraidos 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.

portalpublico.runt.gov.co/#/consulta-ciudadano-documento/consulta/consulta-ciudadano-documento

VPN

RUNTPRO

Transporte

Realizar otra consulta

Señor usuario si la información suministrada no corresponde con datos con datos reales por favor con autoridad con la comunión de tránsito en la cual la su su su.

NOMBRE COMPLETO:	**N****A A****A G***A		
DOCUMENTO:	**C.C. 35419179**	ESTADO DE LA PERSONA:	**ACTIVA**
ESTADO DEL CONDUCTOR:	ACTIVO	NÚMERO DE INSCRIPCION:	5379645
FECHA DE INSCRIPCION:	**21/01/2014**		

Licencia(s) de conducción de conducción

$ Multas e

TIENE MULTAS O INFRACCIONES:	**¡NO**	NRO. PAZ Y SALVO:	**905404919067**

@Copyright 2026 RUNT

R/C MÉDICA MAPFRE

MODIFICACION

PÓLIZA R.C. PROFESIONAL
MÉDICOS INDIVIDUALES

MODIFICACION
Póliza No 3334225018270
Ref.32020553668
Copia

INFORMACIÓN GENERAL

RAMO / PRODUCTO	CERTIFICADO	FACTURA	OFICINA MAPFRE	DIRECCION	CIUDAD
272 / 732	1	1	AGENTES Y AGENCIAS NOGAL		BOGOTA D.C.

TOMADOR ARTEAGA GUINEA NILDA	NIT / CC 35419179	DIRECCIÓN KR 6 # 5 - 78	CIUDAD NEMOCON	TELEFONO
ASEGURADO ARTEAGA GUINEA NILDA	NIT / CC 35419179	DIRECCIÓN KR 6 # 5 - 78	CIUDAD NEMOCON	TELEFONO
ASEGURADO N.D.	NIT / CC N.D.	DIRECCIÓN N.D.	CIUDAD N.D.	TELEFONO
BENEFICIARIO CUALQUIER TERCERO AFECTADO	NIT / CC N.D.	DIRECCIÓN N.D.	CIUDAD N.D.	TELEFONO N.D.

PARTICIPACIÓN DE INTERMEDIARIOS

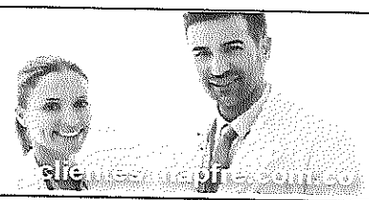
NOMBRE DEL PRODUCTOR	CLASE	CLAVE	TELEFONO	% PARTICIPACION
DYNAMIC GESTION DE RIESGOS LTDA	AGENCIA COLOCADORA	10755	3505835429	100,00

INFORMACIÓN DE LA POLIZA

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA POLIZA						VIGENCIA CERTIFICADO					
DÍA	MES	AÑO		HORA	DÍA	MES	AÑO	No. DÍAS		HORA	DÍA	MES	AÑO	No. DÍAS
27	1	2026	INICIACIÓN	00:00	5	11	2025	365	INICIACIÓN	00:00	27	1	2026	282
			TERMINACIÓN	00:00	5	11	2026		TERMINACIÓN	00:00	5	11	2026	

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

ACTIVIDAD	PSICOLOGIA
ESPECIALIDAD	PSICOLOGIA
DIRECCION DEL RIESGO	
DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA
CIUDAD	ZIPAQUIRA

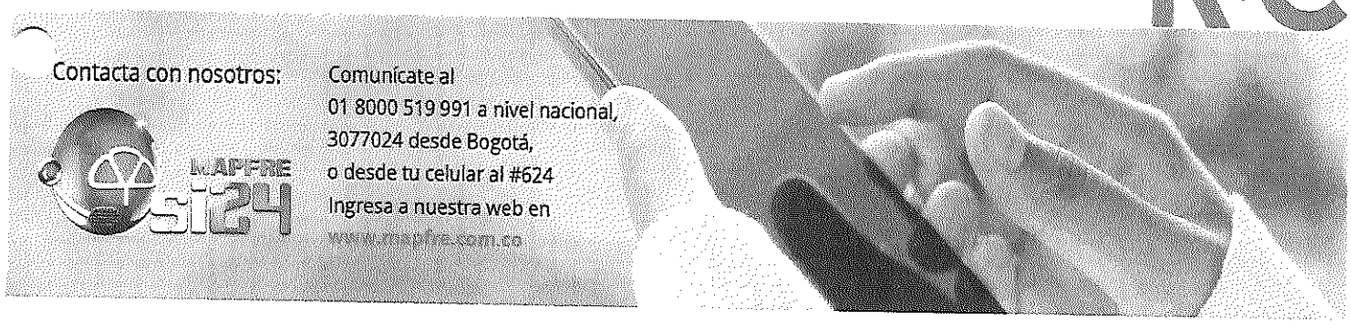


COBERTURAS

COBERTURAS	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE
R.C. actos medicos - Medicos	$500.000.000,00	10 % PERD Min 1000000 (PESOS COLOMBIANOS)
Gastos de defensa	$200.000.000,00	10 % PERD
Responsabilidad Civil acto m. aux o dependiente	$500.000.000,00	10 % PERD Min 1000000 (PESOS COLOMBIANOS)
Asistencia medica emergencia	$500.000.000,00	10 % PERD

Profesionalmente ... Seguro

R/C



R+C MÉDICA MAPFRE

MODIFICACION

PÓLIZA R.C. PROFESIONAL
MÉDICOS INDIVIDUALES

MODIFICACION
Póliza No 3334225016270
Ref.32020563668
Copia

VALORES COTIZACION (PESOS COLOMBIANOS)

TOTAL PRIMA NETA	GASTOS DE EXPEDICION	SUBTOTAL	VALOR IMPUESTO A LAS VENTAS	TOTAL A PAGAR
$ 31.200,00	$ 20.000,00	$ 51.200,00	$ 9.728,00	$ 60.928,00

(415)7707289180029(8020)032020553668(3900)0000060928(96)20260127

SE ANEXAN CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES PÓLIZA

Observaciones SEGUN SGO 10168270

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

ANEXOS

ANEXO ACLARATORIO

Por medio del presente anexo se deja como constancia: SE REALIZA AUMENTO DE VALOR ASEGURADO A PARTIR DEL 27/01/2026 A $500.000.000 , Demás términos y condiciones se mantienen.

www.fcm.org.co/simit/#/estado-cuenta

VPN

Línea celular (+57) 333 602 68 00 | 01 8000 413 588 | contactosimit@fcm.org.co

FEDERACIÓN COLOMBIANA DE MUNICIPIOS | simit

Transparencia | Participa | Atención al ciudadano | Ingresar

Resumen Comparendos: **0** Multas: **0** Acuerdos de pago: **0**

Total: **$ 0**

HERRAMIENTAS DE ACCESIBILIDAD

¿Cómo deseas visualizar el Estado de Cuenta?

ej. usuario@ejemplo.com Enviar Descargar paz y salvo

No tienes comparendos ni multas registradas en Simit

El ciudadano identificado con el número de documento **35419179**, no posee a la fecha pendientes de pago por concepto de multas e infracciones en los Organismo de Tránsito conectados a Simit.

Revisa con tu número de identificación y/o placa en las Secretarías de Tránsito y verifica que no tienes obligaciones pendientes de pago.

Ver historial (0)

Federación Colombiana de Municipios
Dirección Nacional Simit
Sede Principal: Cra. 7# 74B-56 Piso 10

Recibo de correspondencia
Dirección Cra. 7# 74B-56 Piso 10, Bogotá D.C. Colombia
Horario de atención: Lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Síguenos en