FORMATO COMPLETO

Libertad y Orden

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES |
|---|---|---|
| Jimenez | Enciso | Dina Paola |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | GENERO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1120502561 | F (X) M ( ) NB ( ) | COL. (X) EXTRANJERO ( ) | COLOMBIA |

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

| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO | | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA | DIA 24 MES 06 AÑO 1990 | INSPECCION LA JULIA | | | |
| PAÍS | COLOMBIA | PAÍS | COLOMBIA | DEPTO | META |
| DEPTO | META | MUNICIPIO | MESETAS | | |
| MUNICIPIO | SAN MARTÍN | TELÉFONO | 3206410257 | EMAIL | paolajimenezenciso@gmail.com |

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

***EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA***

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

| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | | | TÍTULO OBTENIDO | | EDUCACION MEDIA | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° | MES | 12 | AÑO | 2013 |
| | | | | | | | | | | X | | | | |

***EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)***

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

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

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

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

## 3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

***EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO***

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

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

| INSTITUCIÓN | MODALIDAD | No. TOTAL HORAS | GRADUADO | | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS | TERMINACIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | SI | NO | | MES | AÑO |
| FUNDACUIN EDUCATIVA Y TECNICA HACIE EL PROGRESO INDUSTRIAL | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 120 | X | | auxiliar en servicios farmaceuticos | 12 | 2024 |

FORMATO COMPLETO

# 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*<br>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL META SOLUCION SALUD | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>META | *MUNICIPIO*<br>VILLAVICENCIO | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 04 | *Mes* | 01 | *Año* 2025 | *Día* | 31 | *Mes* | 05 | *Año* | 2025 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>AAUXILIAR DE ENFERMERIA | *DEPENDENCIA*<br>AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 37 11 80 | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL META SOLUCION SALUD | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>META | *MUNICIPIO*<br>VILLAVICENCIO | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 23 | *Mes* | 10 | *Año* 2024 | *Día* | 27 | *Mes* | 12 | *Año* | 2024 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>AAUXILIAR DE ENFERMERIA | *DEPENDENCIA*<br>4505 Y AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 37 11 80 | | | | | |

## 6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

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

## 8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* Bogotá.

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

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

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

*Ciudad y fecha*

*NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

Función Pública

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

| Tipo de declaración | PERIÓDICO | Fecha de publicación | 2026-10-01 17:00 |
|---|---|---|---|

| Nombres y apellidos completos | | | |
|---|---|---|---|
| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
| DINA | PAOLA | JIMENEZ | ENCISO |

| Documento de identificación | | | |
|---|---|---|---|
| Tipo | CEDULA DE CIUDADANIA | Número | 1120502561 |

| Lugar de nacimiento | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| País | COLOMBIA | Departamento | GUAVIARE | Municipio | MIRAFLORES |

| Lugar de domicilio | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| País | COLOMBIA | Departamento | META | Municipio | MESETAS |

| | |
|---|---|
| Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL META SOLUCION SALUD |

| Lugar de sede | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| País | COLOMBIA | Departamento | META | Municipio | VILLAVICENCIO |

| | |
|---|---|
| Dirección | ["Calle 37 No. 41 - 80"] |
| Cargo o función que cumple | CONTRATISTA |

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

## 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

### 1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| Salarios y demás ingresos laborales | $2.000.000,00 |
| Cesantías e intereses de cesantías | |
| Gastos de representación | |
| Arriendos | $750.000,00 |
| Honorarios | |
| Otros ingresos y rentas | |
| TOTAL | $2.750.000,00 |

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

| Tipo de cuenta | Sede de la cuenta (País) | Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior |
|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | COLOMBIA | $2.000.000,00 |

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| Tipo de bien | País | Departamento | Municipio | Valor |
|---|---|---|---|---|
| MOTO | COLOMBIA | META | GRANADA | $8.500.000,00 |

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| Concepto | Saldo |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

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

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

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

| Nombre entidad o institución | Órgano | Calidad de miembro | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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

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

| Nombre corporación, sociedad o asociación | Tipo | Calidad de socio | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

### 1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

| Detalle de las actividades | Forma participación |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

## 2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

### 2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| | | | |

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

[ ]

### 2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

## 2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

## 2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

| Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario | Calidad | Valor | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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

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

| Tipo de inversión | Valor | País |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

## 2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

| Nombre entidad | Valor |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

## 2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

| |
|---|
| |

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.120.502.561**

**JIMENEZ ENCISO**

APELLIDOS

**DINA PAOLA**

NOMBRES

PAOLA JIMÉNEZ ENCISO

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **24-JUN-1990**

**MIRAFLORES**
**(GUAVIARE)**

LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.50** | **O+** | **F** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**02-AGO-2010 SAN MARTIN**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-5206000-00272011-F-1120502561-20101220 0025273255A 1 34849566



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
Y EN SU NOMBRE

# ALIANZEN

## INSTITUTO EDUCATIVO

SER • SABER • HACER

Aprobado por la Secretaría de Educación de Villavicencio (Meta), según la resolución No. 1570 de 2006
Dane No. 350001007085, Icfes No. 149344

Confiere a:

# DINA PAOLA JIMENEZ ENCISO

**C.C. No. 1.120.502.561 de San Martín (Meta)**

**EL TITULO DE:**

# BACHILLER ACADÉMICO

**CON ENFASIS EN:**

## DESARROLLO POLÍTICO Y SOCIAL

**Por haber cursado y aprobado satisfactoriamente los estudios Correspondientes al Ciclo VI = G 11 y haber cumplido todos los requisitos de promoción adoptados por Alianzen en su proyecto educativo institucional, de acuerdo con las Leyes y las Normas reglamentarias Educativas Vigentes**

**MARIO ERNESTO PULIDO R.**
C.C. 1.121.843.811
Representante Legal

**MARIO ERNESTO PULIDO VARGAS**
C.C. 19.190.749
Rector

**LUZ AMPARO RESTREPO ROLDAN**
C.C. 21.233.414
Coord. Administrativa y Financiera

Libro Registro Promoción No. 11 - 2013 - 2 - Folio No. 07

**Dado en Villavicencio, Meta Diciembre 20 de 2013**

No se requiere Registro de la Secretaría de Educación según decreto No. 0321 del 8 de Marzo de 1994, expedido por el Ministerio de Educación Nacional y 2150 del 5 de Diciembre de 1995, Presidencia de la República

# ALIANZEN

INSTITUTO EDUCATIVO

SER • SABER • HACER

VILLAVICENCIO - META

Aprobado por la Secretaría de Educación de Villavicencio (Meta), según la resolución No. 1570 de 2008
Dane No. 350001007085, Icfes No. 149344

## ACTA DE GRADO

En la Rectoría del Instituto Educativo ALIANZEN, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último ciclo, los directivos del INSTITUTO EDUCATIVO ALIANZEN: El Representante legal, El Rector y la Coordinadora Administrativa y Financiera, acorde con el Decreto 3011 de 1997 y por la resolución 1570 de 2008 emitida por la Secretaría de Educación del Municipio de Villavicencio; para otorgar el TITULO DE BACHILLER ACADEMICO, CON ENFASIS ENDESARROLLO POLÍTICO Y SOCIAL

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron satisfactoriamente los estudios correspondientes a nivel de educación media, se procedió a otorgar el TITULO DE BACHILLER ACADÉMICO, CON ÉNFASIS EN DESAROLLO POLITICO Y SOCIAL, a los graduandos cuyos nombres, apellidos y documentos de identificación se relacionan a continuación

# JIMENEZ ENCISO DINA PAOLA

**C.C. No. 1.120.502.561 de San Martin (Meta)**

Este documento es fiel copia tomada del Acta Original No 02- 2013 - 07, del 20 de Diciembre de 2013. Que consta de 16 alumnos que comienzan con el nombre de: ARIAS BELTRAN ANA MARIA con T.I. 960702-09737 DE VILLAVICENCIO y se cierra con el nombre de TOVAR FUENTES ELIZABETH con C.C. 1.121.905.513 DE VILLAVICENCIO.

Dada en Villavicencio(Meta), a 20 de Diciembre de 2013

**MARIO ERNESTO PULIDO RESTREPO**
REPRESENTANTE LEGAL ALIANZEN

**MARIO ERNESTO PULIDO VARGAS**
RECTOR

**LUZ AMPARO RESTREPO ROLDAN**
COORD. ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

La República de Colombia
El Ministerio de Educación Nacional

y en su nombre

# CORTEORINOQUIA
**CORPORACIÓN TERRITORIAL DE LA ORINOQUIA**

El Instituto de Educación de Formación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Autorizado por la Secretaría de Educación del Municipio de Villavicencio
según la Resolución No. 1500-67,10/1390 del 19 de Agosto del 2021

**CONFIERE:**

El Certificado de Técnico Laboral por Competencias en:

# AUXILIAR EN ENFERMERÍA

A:

# DINA PAOLA JIMENEZ ENCISO

C.C. 1.120.502.561 DE SAN MARTIN, META

Por haber cursado y aprobado el Programa Auxiliar en Enfermería realizado en la ciudad de Villavicencio.

Dado en Villavicencio a los 26 días del mes de noviembre de 2023

CARMEN ESTHER BARRERA RODRÍGUEZ
Directora

CORTEORINOQUIA

MARIA ALEJANDRA GUERRA ALDANA
Secretaria

Acta 32 del 26 de noviembre de 2023
Registrado en el libro No. 01 del folio 39 de la institución.

1090-024

LA CORPORACIÓN TERRITORIAL DE LA ORINOQUÍA
"CORTEORINOQUIA"
Institución de Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano
Autorizado por la secretaria de educación del municipio de Villavicencio, según la Resolución No 1500, 56-03/344-2019

# ACTA INDIVIDUAL DE CERTIFICACIÓN TÉCNICA

En la ciudad de Villavicencio Departamento del Meta, a los Veintiséis (26) días del mes de noviembre del 2023, se reunieron con el fin de formalizar la certificación Técnica Laboral del estudiante **JIMENEZ ENCISO DINA PAOLA** Identificado con documento de identidad número **1120502561** de **San Martin, Meta** Los suscritos Directora, Secretaria, Profesorado y Comunidad en general del Instituto Corporación Territorial de la Orinoquia "Corteorinoquia", aprobado según la Resolución No. 1500-67/1390 De 2021 emanado de la secretaria de educación Municipal de Villavicencio.

Comprobada la situación Académica del estudiante quien curso y aprobó los estudios correspondientes al nivel Técnico se procedió a otorgar la **Certificación en TÉCNICO AUXILIAR POR COMPETENCIAS LABORALES EN AUXILIAR EN ENFERMERIA** al estudiante cuyo nombre, apellido y número de documento de identidad se relaciona a continuación:

**JIMENEZ ENCISO DINA PAOLA**
**C.C. 1120502561de San Martin, Meta**

La presente certificación técnica laboral por competencias queda registrada con el serial 1090-024 folio 39 libro N 01.

En constancia se firma y sella la presente por la directora y secretaria del Instituto.

Dado en Villavicencio a los veintiséis (26) días de noviembre de 2023.

CARMEN ESTHER BARRERA RODRÍGUEZ
Directora.

MARIA ALEJANDRA GUERRA ALDANA
Secretaria.

Empresa Social del Estado
del Departamento del Meta
E.S.E Solución Salud

**CENTRO DE ATENCIÓN LA JULIA**
**E.S.E DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD**
**NIT. 822.006.595-1**

GOBERNACIÓN DEL META
AL SERVICIO DE LA GENTE

**EL CENTRO DE ATENCIÓN LA JULIA**
**E.S.E DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD**

**CERTIFICA QUE:**

La estudiante **DINA PAOLA JIMÉNEZ ENCISO**, identificada con Cedula de Ciudadanía 1.120.502.561, expedida en San Martín (Meta), quien se encuentra cursando III Semestre del Técnico Auxiliar en Enfermería, en la Corporación Territorial de la Orinoquía **"CORTEORINOQUIA"**, cumplió de manera satisfactoria 384 horas de etapa productiva (Pasantía), desde el día **09 de octubre hasta el día 11 de noviembre del presente año**, en nuestras instalaciones, realizando actividades en los servicios de Consulta prioritaria (Triage, Observación y procedimientos), vacunación, farmacia y consulta externa, entre otras actividades relacionadas con la atención de salud de los usuarios. Todo lo anterior con alto grado de responsabilidad, empatía y conocimiento.

Dada en La Julia (Uribe, Meta), a los **14** días del mes de **noviembre** del **2023**, por solicitud del interesado.

Cordialmente,

**MARIA DIVANNY JULIETH ROJAS JIMENEZ**
**C.C. 1120379187**
**Enfermera profesional S.S.O, Puesto de Salud La Julia**
**Tel. 3105545641**

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141134160251

(415)7707212489984(8020) 000014113416025 1

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 1 2 0 5 0 2 5 6 1 | 1 | Impuestos y Aduanas de Villavicencio 2 2 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 1 2 0 5 0 2 5 6 1 | |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Meta 5 0 | San Martín 6 8 9 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| JIMENEZ | ENCISO | DINA | PAOLA |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Meta 5 0 | Mesetas 3 3 0 |

41. Dirección principal: VDA BRISAS DEL DUDA

42. Correo electrónico: paolajimenezenciso@gmail.com

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

## 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 |
| 0 0 8 1 | 2 0 1 1 0 6 0 5 | | | | | | | |

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

20- Obtención NIT

| Usuarios aduaneros | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 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 61. Fecha 2024 - 10 - 02 / 12 : 06: 41

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 JIMENEZ ENCISO DINA PAOLA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Banco Agrario de Colombia
El Banco que hace crecer el campo

**Nit : 800.037.800-8**

# CERTIFICACION

El Banco Agrario de Colombia, certifica que: JIMENEZ ENCISO DINA PAOLA, identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA No. 1120502561, se encuentra vinculado(a) con nuestra entidad en el producto de: AHO - CUENTAS AHORROS, número 4-452-10-09925-7, con una antigüedad de ( 0 ) año(s).

Se expide en URIBE, a los diez y ocho (18) días del mes de noviembre de 2026, con destino a: A QUIEN PUEDA INTERESAR




Powered by CamScanner

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 306521564

PIB
11:01:05


Bogotá DC, 14 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) DINA PAOLA JIMENEZ ENCISO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1120502561:

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.**

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 sábado 14 de noviembre de 2026, a las 11:01:38, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1120502561 |
| Código de Verificación | 112050256126111411O138 |

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES LEY 2455 / 2025 "LEY ÁNGEL"

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 10:59:33 AM horas del 14/11/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1120502561**
Apellidos y Nombres: **JIMENEZ ENCISO DINA PAOLA**

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

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

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

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

DIJIN

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

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

Todos los derechos reservados.

Policía Nacional de Colombia (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, 14/11/2026 11:04:55 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1120502561** y Nombre: **DINA PAOLA JIMENEZ ENCISO.**

## 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. **151645041** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

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

GOV.CO

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

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 12:40:21 horas del 01/10/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1120502561,** Apellidos y Nombres **JIMENEZ ENCISO DINA PAOLA**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **policia**, con NIT **800141397-5** 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.




© 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 1120502561 **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 17/11/2026 04:05 PM

Código Verificación: **HJK47VG16E**

Válida hasta: **17/02/2027**

---

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

capitalsalud eps-s

capitalsalud eps-s
AUTORIZACIONES
PAU - LA JULIA

Número de Radicación

Fecha de Radicación: 17/11/2026



## I. DATOS DEL TRÁMITE *(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo).*

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedad ☐

2. Tipo de Afiliación A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia ☐ - Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De Oficio ☐

3. Régimen A. Contributivo ☐ B. Subsidiado ☐

4. Contribución solidaria Si ☐ No ☐

5. Tipo de afiliado A. Cotizante ☐ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐

6. Tipo de cotizante A. Dependiente ☐ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

7. Código (a registrar por la EPS)

## II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

### A. AFILIACIÓN

8. Apellidos y nombres completos: Primer apellido: Jimenez | Segundo apellido: Enciso | Primer nombre: DILA | Segundo nombre: PAOLA

9. Tipo de documento de identidad: CC

10. Número de documento de identidad: 1120502561

11. Sexo biológico: Femenino [X] Masculino ☐

12. Sexo de identificación: F [X] M ☐ T ☐ NB ☐ OTRO ☐ Cuál?

13. Nacionalidad: Colombiana

14. Lugar de nacimiento: País: Colombia | Departamento: CASANARE | Municipio: MIRAFLORES

15. Fecha de nacimiento: 24/06/1990

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16. Etnia

17. Comunidad

18. Discapacidad Si ☐ No ☐ Categoría de discapacidad: Tipo: Condición:

19. Tiene encuesta SISBEN Si ☐ No ☐

20. Clasificación SISBEN Nivel: Grupo:

21. Grupo de población especial

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: Positiva

23. Administradora de Pensiones: Colpensiones

24. Ingresos base de cotización - IBC: 1.750.905

25. Tarifa Contribución Solidaria

26. Residencia: Dirección: Inspeccion (La Julia) | Teléfono fijo: | Teléfono celular: 3206410257 | Correo electrónico: Paolajimenez.enciso@gmail.com | Departamento: Meta | Municipio/Distrito: Uribe | Localidad/Comuna: La Julia | Cabecera Municipal ☐ Centro Poblado ☐ Rural Disperso ☐ Resto Rural ☐

## IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres completos: Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre

28. Tipo documento de identidad | 29. Número de documento de identidad | 30. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐ | 31. Sexo de identificación F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ OTRO ☐ Cuál?

32. Nacionalidad | 33. Lugar de nacimiento: País | Departamento | Municipio | 34. Fecha de nacimiento

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

35. Apellidos y nombres completos: Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | |
| B2 | | | | |
| B3 | | | | |

| | 36. Tipo de doc. de identidad | 37. Número de doc. de identidad | 38. Nacionalidad | 39. Sexo biológico Femenino | Masculino | 40. Sexo identificación F | M | T | NB | OTRO | Cuál? | 41. Lugar de nacimiento País | Departamento | Municipio | 42. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | | | | | | | | |

Datos complementarios del beneficiario

| | 43. Parentesco | 44. Etnia | 45. Comunidad | 46. Grupo de población especial | 47. Tiene encuesta SISBEN SI | NO | 48. Clasificación SISBEN Nivel | Grupo | 49. Discapacidad SI | NO | Categoría de discapacidad | 50. Incapacidad permanente SI | NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | | | | | | |

| | 51. Datos de residencia Departamento | Municipio/Distrito | Cabecera Municipal | Centro Poblado | Rural Disperso | Resto Rural | Zona | 52. Valor de la UPC del afiliado adicional |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | |

| | Dirección | Localidad/Comuna | Código Postal |
|---|---|---|---|
| B1 | | | |
| B2 | | | |
| B3 | | | |

Selección de la IPS primaria

| | 53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS | 54. Código de la IPS (dato diligenciado por la EPS) |
|---|---|---|
| C | | |
| B | | |
| B | | |
| B | | |

## V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social: Paola Jimenez

56. Tipo de documento de identificación: CC

57. Número del documento de identificación: 1120502561

58. Tipo de aportante o pagador a pensiones

59. Ubicación: Inspeccion (La Julia) | Teléfono fijo: 3206410257 | Correo electrónico: Paolajimenez@gmail.com | Meta | Uribe

Vigilado Supersalud

capitalsalud
eps-s



## B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación.
- ☐ 2. Corrección de los datos básicos de identificación.
- ☐ 3. Actualización del documento de identidad.
- ☐ 4. Actualización y corrección datos complementarios.
- ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código ☐
- ☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código ☐
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de condiciones para seguir cotizando.
- ☐ 11. Inscripción EPS retorno al país.
- ☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 14. Movilidad ☒ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 15. Traslado ☐ A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen
- ☐ 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
- ☐ 17. Reporte del trámite de protección al cesante.
- ☐ 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- ☐ 19. Reporte de la calidad de pensionado.
- ☐ 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- ☐ 21. Retiro de Contribución Solidaria.

### VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| Jimenez | Erazo | Dina | Paola |

| Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad | 62. Sexo biológico | 63. Sexo identificación | 64. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| CC | 1120502561 | Femenino ☒ Masculino ☐ | T ☐ NB ☐ OTRO ☐ Cuál? F ☐ M ☐ | 24 06 1990 |

| 65. EPS anterior | 66. Fecha de novedad | 67. Motivo de traslado Código | 68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones |
|---|---|---|---|
| | 23 11 2026 | | |

### VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- ☐ 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al régimen contributivo, especial o de excepción.
- ☐ 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- ☐ 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- ☒ 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- ☒ 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- ☒ 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- ☒ 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o el celular como mensajes de texto.
- ☒ 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- ☒ 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

### VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad |
|---|---|
| | |

### IX. FIRMAS

| 80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional | 81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio |
|---|---|
| PAOLA Jimenez Erazo | |

### X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad

| | CN | RC | TI | CC | PA | CE | CD | SC | PT |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cantidad de documentos de identidad anexos: | | | | 1 | | | | | |

Total Anexos 1

- 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- 88 Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio

### XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio ☐ Código del Departamento ☐ 93. Nombre de la Institución

### XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo documento de identidad | Número del documento de identidad | 95. Firma del funcionario |
|---|---|---|
| | | |

| 96. fecha de radicación | 97. Fecha de validación |
|---|---|
| | |

Observaciones:

Afiliacion Contributivo

VIGILADO Supersalud

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

Colpensiones

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **DINA PAOLA JIMENEZ ENCISO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1120502561,** se encuentra afiliado/a desde **10/10/2024** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES.**

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 29 de octubre de 2026.



**Rosa Mercedes Nino Amaya**
**Dirección de Afiliaciones**

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

| | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD" | VERSIÓN 01 | Código: FR-RH-98 | |
|---|---|---|---|---|
| Empresa Social del Estado Departamento del Meta Solución Salud | VINCULACIÓN Y/O ACTUALIZACIÓN DE CONTRAPARTES PERSONA NATURAL SARLAFT/FPADM Y DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS | VIGENCIA 2024/10/25 | DOCUMENTO CONTROLADO | GOBERNACIÓN DEL META |

## DATOS DE SOLICITUD

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **FECHA DE SOLICITUD:** | 6/02/2026 | | | | | | |
| **TIPO DE SOLICITUD:** (marcar con X) | VINCULACIÓN | | X | ACTUALIZACIÓN | | | |
| **TIPO DE USUARIO:** (marcar con X) | CLIENTE | | CONTRATISTA | X | PROVEEDOR | | |

## DATOS BASICOS DE PERSONA NATURAL

| NOMBRE COMPLETO | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---|---|---|
| **DINA PAOLA** | **JIMENEZ** | **ENCISO** |

## TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (marcar con X)

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Cedula ciudadania** | **X** | **Pasaporte** | | **Cedula Extranjeria** | | **Otro ¿CUÁL?** | |

| NÚMERO DE IDENTIDAD | FECHA DE EXPEDICIÓN | | | LUGAR DE EXPEDICIÓN |
|---|---|---|---|---|
| **1120502561** | 2 | 8 | 2010 | **SAN MARTIN META** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA DE NACIMIENTO:** | 6/24/1990 | **LUGAR DE NACIMIENTO: (País, departamento y ciudad)** | **MIRAFLORES GUAVIARE** |
| **GÉNERO:** (marcar con X) | F (Femenino) **X** | M (Masculino) | |

## OCUPACIÓN (marcar con X)

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| EMPLEADO | | PENSIONADO | | EMPLEADO CON NEGOCIO | |
| INDEPENDIENTE | X | RENTISTA | | OTRO ¿CUÁL? | |

## DIRECCIÓN DE RESIDENCIA

| BARRIO | TELÉFONO RESIDENCIA | CIUDAD | DEPARTAMENTO | CORREO ELECTRÓNICO |
|---|---|---|---|---|
| **LA JULIA** | **3206410257** | **URIBE** | **META** | PAOLAJIMENEZENCISO@GMAIL.COM |

| NÚMERO DE CELULAR | **3206410257** |
|---|---|

## TIPO DE VIVIENDA (marcar con X)

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PROPIA | | FAMILIAR | **X** | ARRENDADA | |
| PERSONAS A CARGO: | 3 | | | | |
| VALOR ARRIENDO: | 450000 | GASTOS FAMILIARES: | **1,200,000** | | |

## INFORMACIÓN LABORAL

| NOMBRE DE LA EMPRESA / NEGOCIO | DETALLE ACTIVIDAD (Sólo para independientes) |
|---|---|
| **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META ESE "SOLUCION SALUD"** | |

| | | FECHA DE INGRESO | | | TIPO DE VINCULACIÓN | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CARGO: | | **dd** | **mm** | **aaaa** | **FIJO** | **INDEFINIDO** | **OTRO ¿Cuál?** |
| CIUDAD: | | | | | | | |
| DIRECCIÓN: | | | | | | | |
| TELÉFONO: | | | | | | | |

## SI USTED ES UN PEP (PERSONA EXPUESTA PÚBLICAMENTE) CONTESTE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN

| POR SU ACTIVIDAD O CARGO USTED: | SI | NO | SI RESPONDIÓ AFIRMATIVO A ALGUNAS DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES; POR FAVOR ESPECIFICAR |
|---|---|---|---|
| Maneja recursos públicos | | X | |
| Ejerce algún grado de poder público | | X | |
| Goza de reconocimiento público | | X | |

## INFORMACIÓN FINANCIERA

POR FAVOR RELACIONE LOS PRODUCTOS FINANCIEROS QUE TIENE EN COLOMBIA

| PRODUCTO FINANCIERO | NÚMERO | ENTIDAD | SUCURSAL | ANTIGÜEDAD |
|---|---|---|---|---|
| **CUENTA DE AHORROS** | **24119236507** | **BANCO CAJA SOCIAL** | **VILLAVICENCIO** | **12/15/2022** |
| | | | | |
| | | | | |

## OPERACIONES INTERNACIONALES

| REALIZA USTED OPERACIONES CON MONEDA EXTRANJERA | | | | INDIQUE CUALES: | | | | OTRAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SI | | NO | X | IMPORTACIONES | | EXPORTACIONES | | |

## PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR

| INVERSIONES | | TRANSFERENCIAS | | OTRAS | ¿CUALES OTRAS? |
|---|---|---|---|---|---|

| TIPO DE PRODUCTO | NÚMERO DE PRODUCTO | ENTIDAD | MONTO | CIUDAD | PAÍS | MONEDA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |

## SUMINISTRO Y ACTUALIZACION DE INFORMACION

EL SERVIDOR PÚBLICO__ PROVEEDOR___ CONTRATISTA_X__ se obliga con la **Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud"** a entregar información veraz y verificable y a actualizar su información personal, comercial y financiera, por lo menos una (1) vez al año, o cada vez que así lo solicite, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos. El incumplimiento de esta obligación, faculta a la **Empresa Social del Estado del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud"** para terminar de manera inmediata y unilateral cualquier tipo de relación contractual o comercial que tenga.

## DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y/O BIENES

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ¿Ha ofrecido directa o indirectamente, incentivos económicos y/o no económicos a proveedores, contratistas, clientes, directivos y funcionarios de la **Empresa Social del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud"**, o cualquier tercero, con el fin de influenciar sus decisiones en el ejercicio de los servicios que presta a la **Empresa Social del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud"**? | SI | | NO | X |
| Por favor amplie la información: | | | | |
| ¿Ha usado su posición como directivo de la Empresa Social del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud" , así como la reputación y logos de la entidad con el fin de obtener beneficios, para usted o terceros? | SI | | NO | X |
| Por favor amplie la información: | | | | |
| ¿Ha revelado algún tipo de información privada, semiprivada o sensible de la Empresa Social del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud" a la que tenga acceso en el ejercicio de sus actividades, para beneficio personal, de algún familiar cercano o de un tercero? (Ley 1581/2012)? | SI | | NO | X |
| Por favor amplie la información: | | | | |

**FIRMA Y HUELLA**

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado en el presente documento, declaro que la información que he suministrado es veraz y procedo con la firma del documento

| | |
|---|---|
| Paola Jimenez Enciso<br>FIRMA |  <br>HUELLA |

**CAMPO EXCLUSIVO PARA VALIDACIÓN POR EL OFICIAL DE CUMPLIMIENTO**

| VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN | | | | | | DILIGENCIAR EN CASO DE REQUERIR AMPLIAR INFORMACIÓN |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha: | DD | MM | AAAA | Hora: | | OBSERVACIONES: |
| Nombre: | | | | | | |
| Cargo: | | | | | | |
| Firma: | | | | | | |

**En caso de diligenciamiento electrónico:**

**Declaro haber leído, entendido, aceptado y autorizado lo estipulado en este documento (con firma y huella), la información suministrada es exacta y correcta.**

| | |
|---|---|
| | HUELLA |

**DOCUMENTACIÓN ANEXA PARA PERSONAS NATURAL:** Se anexarán los documentos que se estipulen en el proceso correspondiente, de acuerdo con el tipo de relación o vínculo con la entidad.

**ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR LA INSTITUCION**

**Resultado de verificación de datos:**

| | | |
|---|---|---|
| | **FECHA :** | **HORA:** |

*VoBo. Oficina Jurídica*_____

*VoBo. Planeación ( Calidad)*_____

Obrando en propio nombre y/o de la persona jurídica que represento, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizó la siguiente: Declaración de origen de fondos a la **Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud**, con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado al respecto en las normas internas y externas que regulan lo concerniente al Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masivas, para establecer cualquier tipo de vínculo o relación comercial con la **Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud.**

Declaro expresamente que:

1. Tanto mi actividad, profesión u oficio es licita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.

2. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente.

3. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a financiación del terrorismo, grupos o actividades terroristas.

4. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detallo ocupación, oficio, actividad o negocio):

Origen:

## CONFINDECIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

Comprendo y acepto que las bases de datos, documentación y en general toda la información a la que tenga acceso en el marco de las actividades a desempeñar cmo SERVIDOR PÚBLICO y/o CONTRATISTA, son de propiedad de la **Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud,** por lo tanto, me comprometo y garantizo que, ni directa, ni indirectamente se utilizará para fines distintos al cargo suscrito con la entidad.

También me comprometo a no utilizar comercialmente los datos a los cuales tenga acceso, ni compartirlos o enajenarlos sin autorización, ni prestar con ellos servicios a terceros.

De igual manera declaro conocer la política de manejo de datos de la Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud, para el cumplimiento de la ley 1581 de 2012 sobre la protección de datos personales manejados por la Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud, que se encuentra publicado en la página web www.esemeta.gov.co, quedando obligado a respetarlo y aplicarlo en el manejo de la información que reciba o a la que tenga acceso.

## AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES.

La **Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud** le informa que sus datos personales serán almacenados, en nuestras bases de datos, y tratados para mantener una comunicación permanente y eficaz con usted sobre las actividades de la **Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud** o en las que ésta participe directa o indirectamente. Manifiesto mi autorización expresa, previa y voluntaria para el tratamiento de mis datos por la Empresa Social del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud.

Conozco y me comprometo a cumplir con el Código de Ética, Buen Gobierno y Transparencia y todos los lineamientos definidos para la prevención y Administración del Riesgo de Lavado de Activos, la Financiación del Terrorismo y la Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva – SARLAFT/FPADM, declaración y resolución de conflictos de interés, y demás programas orientados a la prevención y gestión del riesgo.

Autorizo a la **Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud**, a consultar y verificar mis datos en las centrales de información y/o bases de datos públicas, especialmente en las listas establecidas para el control y prevención de Lavado de Activos y la Financiación de Terrorismo.

## DECLARACIÓN JURAMENTADA

Yo obrando en nombre propio y en calidad de miembro directivo de la, manifiesto bajo la gravedad de juramento que:

- No he sido declarado responsable penalmente por delitos contra la administración pública, el orden económico social y contra el patrimonio económico y no he implicado, ni utilizado a la **Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud** en la comisión de estos delitos.
- No he sido sancionado con la declaración de caducidad de un contrato celebrado con una entidad pública, que haya implicado la utilización de la entidad

Ni yo, ni ninguno de los miembros inmediatos de mi familia hasta cuarto grado de consanguinidad, cuarto grado de afinidad y único civil (padre, hijo, abuelo, nieto, hermano, cónyuge, tío, sobrino, primo, suegro, nuera o yerno, hijo adoptivo y/o padre o madre adoptante), tenemos intereses privados que puedan entrar en conflicto con mis obligaciones para con la **Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud"**.

En el caso de que una o varias de las situaciones anteriormente mencionadas cambien, es mi deber personal, informar con oportunidad el hecho acontecido para así tomar las medidas pertinentes con base en los marcos normativos vigentes.

## DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

Declaro de forma libre y voluntaria mis conflictos de interés y me comprometo a realizar la actualización de esta información de acuerdo con lo requerido por el Código de Integridad, Ética y Buen Gobierno. En caso de encontrarme implicado o evidenciar un conflicto de interés, declaro que lo informaré de manera oportuna a la Empresa Social del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud". Si la respuesta a alguna de las siguientes preguntas es afirmativa, proporcione por favor la información solicitada.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ¿En la Empresa Social del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud" laboran o prestan servicios de cualquier índole algún familiar o pariente de hasta cuarto grado de consanguinidad, cuarto grado de afinidad y único civil (padre, hijo, abuelo, nieto, hermano, cónyuge, tío, sobrino, primo, suegro, nuera o yerno, hijo adoptivo y/o padre o madre adoptante)? | SI | | NO | X |

| Vinculo familiar/ Parentesco | Nombre completo | No. de identificación | Cargo |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ¿Es dueño, socio, accionista, representante legal, directivo o empleado de empresas, sociedades, consorcios, negocios, establecimientos comerciales y/u organizaciones que tengan relación comercial con la Empresa Social del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud" ? | SI | | NO | X |

| NIT | Razón social/ Nombre de la empresa | Tipo de vinculo (dueño, socio, accionista, representante legal, directivo o empleado) |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ¿Tiene algún familiar o pariente de hasta cuarto grado de consanguinidad, cuarto grado de afinidad y único civil (padre, hijo, abuelo, nieto, hermano, cónyuge, tío, sobrino, primo, suegro, nuera o yerno, hijo adoptivo y/o padre o madre adoptante) que sea socio o accionista con más de treinta por ciento (30%) de participación en una empresa o que tenga el control de la misma y que a su vez dicha empresa sea cliente o proveedor de la Empresa Social del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud"? | SI | | NO | X |

| Vínculo familiar/ Parentesco | Nombre completo | | No. de identificación | Razón social / Nombre de la empresa | % de participación |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

CERTIFICACIÓN DE COMPROMISO PROTECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Yo DINA PAOLA JIMENEZ ENCISO, identificado con la cédula No. 1120502561 me permito manifestar a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META, ESE SOLUCIÓN SALUD - que:

Comprendo y acepto que los manuales de procedimientos, bases de datos, documentación y en general toda la información a la que tenga acceso en el marco de las actividades a desempeñar como CONTRATISTA, son de propiedad de la ESE SOLUCIÓN SALUD, por lo tanto, me comprometo y garantizo que, ni directa, ni indirectamente se utilizará para fines distintos al objeto contractual suscrito con la entidad.

También me comprometo a no utilizar comercialmente los datos a los cuales tenga acceso, ni compartirlos o enajenarlos sin autorización, ni prestar con ellos servicios a terceros.

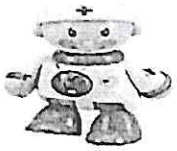
De igual manera declaro conocer la política de manejo de datos de ESE SOLUCIÓN SALUD para el cumplimiento de la ley 1581 de 2012 sobre la protección de datos personales manejados por la ESE SOLUCIÓN SALUD, que se encuentra publicado en la página web www.esemeta.gov.co , quedando obligado a respetarlo y aplicarlo en el manejo de la información que reciba o a la que tenga acceso.

Se expide el, 06/FEBRERO/2026

Firma

Paola Jimenez

C.C. 1120502561



**TRABAJO SALUD**

**MEDICO ROBINSON ISAZA MUÑOZ**
ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
LA FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA-BOGOTA
RESOLUCION SST 4457 del 4-07-2017 SSD - META
Email drisaza@outlook.com CELULAR 322 628 0506

## CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

**NOMBRE:** DIANA PAOLA **APELLIDOS:** JIMENEZ ENCISO **CEDULA CIUDADANIA N°:** 1.120.502.561
**SEXO:** FEMENINA **EDAD:** 34 AÑOS **CARGO:** AUX DE ENFERMERIA
**EMPRESA:** ESES SOLUCION SALUD **FECHA:** 6/06/2025

| | |
|---|---|
| FROTIS DE GARGANTA | N/A |
| KOH DE UÑAS | N/A |
| COPROLOGICO | N/A |
| EXAMENES DE LABORATORIOS CLINICOS | N/A |
| EVALUACION MEDICA PRE OCUPACIONAL | SATISFACTORIO |
| EVALUACION MEDICA POST OCUPACIONAL | N/A |
| EVALUACION MEDICA PERIODICA | N/A |
| EVALUACION MEDICA POS INCAPACIDAD | N/A |
| Rx C-L-S | N/A |

LOS PARACLIONICOS Y AYUDAS DIAGNOSTICAS FUERON TRAIDAS POR EL USUARIO

**EXAMEN CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR**

Hago constar que en la fecha se ha examinado al aspirante suscrito, dentro del examen solicitado por usted, con el siguiente resultado, despues de la valoracion medica:

**RESULTADOS VALORACION:**

| | |
|---|---|
| APTO | X |
| APTO CON RESTRICCIONES | N/A |
| APLAZADO | N/A |
| MANIPULACION DE ALIMENTOS | N/A |
| TRABAJO EN ALTURAS | N/A |
| TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS | N/A |

**CAUSALES:**
NO HAY RESTRICCIONES

**RECOMENDACIONES:**
1.ESTILO DE VIDA SALUDABLE, DIETA Y EJERCICIO
2.USAR TAPABOCAS, LAVADO DE MANOS, DISTANCIAMIENTO SOCIAL

**DIAGNOSTICO(S):** Z100

FIRMA DEL MEDICO
RM 18 855/1997 MIN SALUD
LICENCIA SST N° 4457/2017 SSD META

Paola Jimenez Enciso
FIRMA DEL TRABAJADOR
CC:

Powered by CamScanner

# Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

## VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 72f42e00-a4b5-4015-bc73-4a53c4cf8609

Nombres y apellidos / Full name: DINA PAOLA JIMENEZ ENCISO

Tipo de identificación / ID Type: CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number: 1120502561

Fecha de nacimiento / Date of birth: 24/06/1990

País nacimiento / Country of birth: COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number: 000

Correo electrónico / e-mail: capitaladministrativo@factureinbox.co

## Datos de Vacunación / Vaccination detail

| Edad / Age | Vacuna / Vaccine | Dosis / Doses | Fecha de aplicación / Date of vaccination | | | Laboratorio / Laboratory | Número de Lote / Vaccine Batch | IPS Vacunadora / Administering Center | Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Dia / Day | Mes / Month | Año / Year | | | | |
| Sin rango de edad | TD Adulto | Primera | 6 | 7 | 2010 | | no registra | PUERTO LOPEZ ALCALDIA MUNICIPA | no registra |
| Sin rango de edad | TD Adulto | Segunda | 29 | 10 | 2010 | | no registra | PUERTO LOPEZ ALCALDIA MUNICIPA | no registra |
| Sin rango de edad | TD Adulto | Tercera | 14 | 4 | 2011 | | no registra | PUERTO LOPEZ ALCALDIA MUNICIPA | no registra |
| Sin rango de edad | TD Adulto | Cuarta | 3 | 3 | 2014 | | 024L1015C | PUERTO LOPEZ ALCALDIA MUNICIPA | |
| 12 meses | Fiebre amarilla | Única | 17 | 4 | 2017 | | 167VFC032Z | ARAUCA CENTRO DE SALUD MATERNO | |
| Sin rango de edad | TD Adulto | Quinta | 17 | 4 | 2017 | | D2299 | ARAUCA CENTRO DE SALUD MATERNO | Luz Dary Moreno |
| Sin rango de edad | TD Adulto | Primer Refuerzo | 25 | 2 | 2021 | | 2338X004AE | MESETAS CENTRO DE ATENCION | MARTHA CECILIA RAMIREZ CASTEL |
| Sin rango de edad | COVID JANSSEN | Única | 12 | 9 | 2022 | Grand River | 1855834 | CENTRO DE SALUD ESPERANZA | LEIDI MILENA FUENTES VIGOYA |
| Sin rango de edad | INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS | Anual | 2 | 11 | 2022 | Green Cross | V50222003 | CENTRO DE SALUD ESPERANZA | YOHANA PAOLA SOSA CUERVO |
| Sin rango de edad | INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS | Anual | 17 | 6 | 2024 | Green Cross | V50524002 | CENTRO DE ATENCION URIBE | ROSA NIDIA BOHORQUEZ |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información **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.

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 schedu-le as it is described here.

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

ReTHUS

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

| Tipo de Identificación * | Número de Identificación * | Primer Nombre |
|---|---|---|
| Cedula de Ciudadanía | 1120502561 | Dina |

| Primer Apellido | Confirme los números de la Imagen * |
|---|---|
| Jiménez | 5380 |



Cambiar

1436

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General - 2026-11-12 → 3:51:27 AM

| Tipo Identificación | Tipo Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación | Detalles |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1120502561 | DINA | PAOLA | JIMENEZ | ENCISO | 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) DINA PAOLA JIMENEZ ENCISO identificado(a) con CC 1120502561 registra La siguiente información:

2026-11-12 → 3:51:27 AM

Información Académica

| Tipo Programa | Origen Detención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| AUX | Local | AUXILIAR EN ENFERMERIA | 2024-01-09 | 30034 | GOBERNACION DEL META |

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

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

## Consérvelo

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

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Dina Paola

Apellidos: Jimenez Enciso

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

Número de documento: 1120502561

Fecha de nacimiento: Día 24 Mes 06 Año 1990

Powered by CamScanner

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión - Rubéola | Única | | | |
| Fiebre Amarilla | Única | 17-04-17 | 167UFC0322 | Arauca contra de salud |
| Toxoide Tetánico - Diftérico (Td) | 1 | 5-07-2010 | | |
| | 2 | 29-10-2010 | | |
| | 3 | 14-04-2011 | | |
| | 4 | 03-03-2014 | | |
| Ref= 26-02-2021 | 5 | 17-04-2017 | | |
| TdaP acelular | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| Hepatitis B | 1 | 10-03-23 | 220500922 | Zulimar. |
| | 2 | 9-05-23 | 220500522C | [illegible] |
| | 3 | 20-02-26 | 1320240813 | Soraide. |

| Biológico | | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|---|
| VPH | | 1 | | | |
| | | 2 | | | |
| Influenza estacional | | Anual | 2-11-22 | Green Cross V50222013. | Esperanza M. |
| | | Anual | 17-06-24 | V50524002. | Uribe Ros |
| Covid 19 | | 1ª | 12-09-22 | Janssen 1855834 | Eso Municipal leidy Fuentes |
| | | 2ª | | | |
| | | 1er Ref. | | | |
| | | 2do Ref. | | | |
| Otras | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Powered by CamScanner

# CERTICLASS

NIT901700101-8

2023

CERTIFICA QUE

*DIANA PAOLA JIMENEZ ENCISO*

**IDENTIFICADO(A) CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 1.120.502.561**

**Asistió al Curso Básico de:**

*HUMANIZACIÓN EN SERVICIOS EN SALUD*

**Con una intensidad horaria de 20 Horas**

SE EXPIDE A LOS 17 DÍAS DEL MES DE NOVIEMBRE DE 2026, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN ES APROBADA POR DECRETO N° 1075 DEL 26/05/2015 MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN NO FORMAL E INFORMAL, VALIDEZ (12) MESES

John jairo Tovar López
GERENTE

Certi Class

John jairo Tovar López
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

2023

# CERTICLASS

NIT901700101-8

CERTIFICA QUE

*DIANA PAOLA JIMENEZ ENCISO*

**IDENTIFICADO(A) CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 1.120.502.561**

**Asistió al Curso Básico de:**

*ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL*

**Con una intensidad horaria de 20 Horas**

SE EXPIDE A LOS 01 DÍAS DEL MES DE OCTUBRE DE 2026, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN ES APROBADA POR DECRETO N° 1075 DEL 26/05/2015 MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN NO FORMAL E INFORMAL, VALIDEZ (12) MESES

John jairo Tovar López
GERENTE

Certi Class

John jairo Tovar López
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

# CERTICLASS

NIT901700101-8

2023

CERTIFICA QUE

*DIANA PAOLA JIMENEZ ENCISO*

**IDENTIFICADO(A) CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 1.120.502.561**

**Asistió al Curso Básico de:**

*PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN PAI*

**Con una intensidad horaria de 20 Horas**

SE EXPIDE A LOS 17 DÍAS DEL MES DE NOVIEMBRE DE 2026, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN ES APROBADA POR DECRETO N° 1075 DEL 26/05/2015 MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN NO FORMAL E INFORMAL, VALIDEZ (24) MESES

John jairo Tovar López
GERENTE

Certi Class

John jairo Tovar López
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

# CERTICLASS

NIT901700101-8

2023

CERTIFICA QUE

*DIANA PAOLA JIMENEZ ENCISO*

**IDENTIFICADO(A) CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 1.120.502.561**

**Asistió al Curso Básico de:**

*DIAGNÓSTICOS Y MANEJO CLÍNICO DEL DENGUE*

**Con una intensidad horaria de 20 Horas**

SE EXPIDE A LOS 01 DÍAS DEL MES DE OCTUBRE DE 2026, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN ES APROBADA POR DECRETO N° 1075 DEL 26/05/2015 MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN NO FORMAL E INFORMAL, VALIDEZ (12) MESES

John jairo Tovar López
GERENTE

Certi Class

John jairo Tovar López
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

# CERTICLASS

NIT 901700101-8

2023

CERTIFICA QUE

*DIANA PAOLA JIMENEZ ENCISO*

**IDENTIFICADO(A) CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 1.120.502.561**

**Asistió al Curso Básico de:**

*SOPORTE VITAL BASICO*

**Con una intensidad horaria de 20 Horas**

SE EXPIDE A LOS 09 DÍAS DEL MES DE FEBRERO DE 2026, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN ES APROBADA POR DECRETO N° 1075 DEL 26/05/2015 MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN NO FORMAL E INFORMAL, VALIDEZ (12) MESES

John jairo Tovar López
GERENTE

Certi Class

John jairo Tovar López
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

# CERTICLASS

NIT 901700101-8

2023

CERTIFICA QUE

*DIANA PAOLA JIMENEZ ENCISO*

**IDENTIFICADO(A) CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 1.120.502.561**

**Asistió al Curso Básico de:**

*MANEJO Y GESTIÓN DEL DUELO*

**Con una intensidad horaria de 20 Horas**

SE EXPIDE A LOS 09 DÍAS DEL MES DE FEBRERO DE 2026, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN ES APROBADA POR DECRETO N° 1075 DEL 26/05/2015 MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN NO FORMAL E INFORMAL, VALIDEZ (12) MESES

John jairo Tovar López
GERENTE

Certi Class

John jairo Tovar López
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

# CERTICLASS

NIT901700101-8

2023

CERTIFICA QUE

*DIANA PAOLA JIMENEZ ENCISO*

**IDENTIFICADO(A) CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 1.120.502.561**

**Asistió al Curso Básico de:**

*TOMA DE MUESTRAS DE CITOLOGÍA*

**Con una intensidad horaria de 20 Horas**

SE EXPIDE A LOS 09 DÍAS DEL MES DE FEBRERO DE 2026, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN ES APROBADA POR DECRETO N° 1075 DEL 26/05/2015 MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN NO FORMAL E INFORMAL, VALIDEZ (12) MESES

John jairo Tovar López
GERENTE

Certi Class

John jairo Tovar López
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

# CERTICLASS

NIT901700101-8

2023

CERTIFICA QUE

*DIANA PAOLA JIMENEZ ENCISO*

**IDENTIFICADO(A) CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 1.120.502.561**

**Asistió al Curso Básico de:**

*ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS POR ATAQUE CON AGENTES QUIMICOS*

**Con una intensidad horaria de 20 Horas**

SE EXPIDE A LOS 09 DÍAS DEL MES DE FEBRERO DE 2026, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN ES APROBADA POR DECRETO N° 1075 DEL 26/05/2015 MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN NO FORMAL E INFORMAL, VALIDEZ (12) MESES

John jairo Tovar López
GERENTE

Certi Class

John jairo Tovar López
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

# OFAC

Office of Foreign Assets Control

## Sanctions List Search

Specially Designated Nationals and Blocked Persons list ("SDN List") and all other sanctions lists administered by OFAC, including the Foreign Sanctions Evaders List, the Non-SDN Iran Sanctions Act List, the Sectoral Sanctions Identifications List, the List of Foreign Financial Institutions Subject to Correspondent Account or Payable-Through Account Sanctions and the Non-SDN Palestinian Legislative Council List. Given the number of lists that now reside in the Sanctions List Search tool, it is strongly recommended that users pay close attention to the program codes associated with each returned record. These program codes indicate how a true hit on a returned value should be treated. The Sanctions List Search tool uses approximate string matching to identify possible matches between word or character strings as entered into Sanctions List Search, and any name or name component as it appears on the SDN List and/or the various other sanctions lists. Sanctions List Search has a slider-bar that may be used to set a threshold (i.e., a confidence rating) for the closeness of any potential match returned as a result of a user's search. Sanctions List Search will detect certain misspellings or other incorrectly entered text, and will return near, or proximate, matches, based on the confidence rating set by the user via the slider-bar. OFAC does not provide recommendations with regard to the appropriateness of any specific confidence rating. Sanctions List Search is one tool offered to assist users in utilizing the SDN List and/or the various other sanctions lists; use of Sanctions List Search is not a substitute for undertaking appropriate due diligence. The use of Sanctions List Search does not limit any criminal or civil liability for any act undertaken as a result of, or in reliance on, such use.

Download the SDN List | Sanctions List Search: Rules for use | Visit The OFAC Website

Download the Consolidated Non-SDN List | Program Code Key

**Lookup**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Type:** | All | **Address:** | Dirección de residencia |
| **Name:** | DINA PAOLA JIMENEZ ENCISO | **City:** | URIBE |
| **ID # / Digital Currency Address:** | 1120502561 | **State/Province:*** | META |
| **Program:** | All<br>561-Related<br>BALKANS<br>BALKANS-EO14033 | **Country:** | Colombia |
| | | **List:** | All |
| **Minimum Name Score:** | 100 | | Search Reset |

**Lookup Results: 0 Found**

| Name | Address | Type | Program(s) | List | Score |
|---|---|---|---|---|---|

Your search has not returned any results.

* U.S. states are abbreviated on the SDN and Non-SDN lists. To search for a specific U.S. state, please use the two letter U.S. Postal Service abbreviation.

SDN List last updated on: 11/19/2026 9:31:54 AM
Non-SDN List last updated on: 11/4/2026 12:33:06 PM