Departamento del Meta	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCION SALUD	VERSION 2	Código: FR-RH-71	DEPARTAMENTO DEL META
	DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA VINCULACION PERSONAL DE LOS PLANES DE INTERVENCIONES COLECTIVAS	FECHA VIGENCIA 2023/01/04	DOCUMENTO CONTROLADO	

NOMBRE: Dayana Alexandra Ríos Chavez CARGO: Psicologos

N°	DOCUMENTOS		CUMPLE NA	CUMPLE SI	CUMPLE NO
1	Formato Hoja de Vida SIGEP II Y SECOP II			✓	
2	Declaración Juramentada de Bienes Y Rentas.			✓	
3	Fotocopia de la Cedula de Ciudadania Ampliada 150%.			✓	
4	Foto Reciente.			✓	
5	Antecedentes Disciplinarios y Fiscales Vigentes en Original y Actualizado(Contraloria y Procuraduria).			✓	
6	Antecedentes Judiciales (Policía)			✓	
7	Certificado de medidas correctivas			✓	
8	Certificado antecedentes de delitos sexuales			✓	
9	Registro de la Dian *RUT*, Actualizado			✓	
10	Situación Militar Definida		—		
11	Certificación de Cuenta Bancaria.			✓	
12	Certificado Medico de Salud Ocupacional No Mayor A Dos (2) Años. Al personal asistencial un (1) año.			✓	
	Las certificaciones de los cursos deben tener vigencia no mayor a 2 años				
13	Inscripción al RETHUS **(Si Aplica).**			✓	
14	Atención Integral en Victimas De Violencia Sexual. (Solo para Psicologos)			✓	
15	PREGRADO	FOTOCOPIA DEL DIPLOMA		✓	
16	PREGRADO	FOTOCOPIA DEL ACTA DE GRADO		✓	
17	Tarjeta Profesional (Solo para profesionales)			✓	
18	Antecedentes profesionales del cuerpo colegiado (Solo para profesionales)			✓	
19	Certificado de Afiliación: (Salud, Pensión, Cesantias, Arl).			✓	
20	Carpeta Cuatro Aletas Desacificada Color Blanco Con Gancho Plastico			✓	
21	Certificado REDAM "deudores alimentarios morosos"			✓	
22	Pantallazo de búsqueda de sanciones OFAC " https://sanctionssearch.ofac.treas.gov/ "			✓	
23	Formato Vinculación y/o actualización de contrapartes persona natural SARLAFT/FPADM y declaración de conflictos de interés			✓	
24	Certificado de compromiso de protección de la información			✓	

La **E.S.E Departamental Solución Salud** realizará el tratamiento (recolección, almacenamiento, uso, entre otros) de los datos personales de acuerdo con lo establecido por la Ley y los mandatos judiciales o administrativos, para la vinculación, desempeño de funciones o prestación de servicios, retiro o terminación, independientemente del tipo de relación jurídica entablada, así como por lo dispuesto en las autorizaciones cuando corresponda para cumplir en especial las actividades propias de su función (incluye, entre otros, funcionarios, exfuncionarios, judicantes, practicantes, aspirantes a cargos e hijos de los funcionarios).

En cumplimiento del **DECRETO 1377 DE 2013**, autorizo a la E.S.E Departamental "Solución Salud" del Meta, para que verifique la autenticidad y la veracidad de los documentos arriba mencionados y otros relacionada con mi profesión que la empresa crea pertinente.

FIRMA QUIEN RECIBE:_____ FECHA:_____

Si este documento se encuentra impreso no se garantiza su vigencia, la versión vigente reposara en el aplicativo del SGC

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD R



1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
RIOS	CHAVEZ	DAYANA ALEXANDRA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1124243265	F ⊗ M ○ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 14 MES 12 AÑO 1990

PAÍS COLOMBIA

DEPTO META

MUNICIPIO SAN JUAN DE ARAMA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 13N ° 10 -08 CASA

PAÍS COLOMBIA DEPTO META

MUNICIPIO SAN JUAN DE ARAMA

TELÉFONO 3177434129 EMAIL dayanalexandrarios@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2006
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	10	X		PSICOLOGIA	12	2018	197637

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 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL META SOLUCION SALUD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* SAN JUAN DE ARAMA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6610200	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	17	*Mes*	05	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1069/2009 PSICOLOGA	*DEPENDENCIA* PSICOLOGA PROFESIONAL						*DIRECCIÓN* CALLE 37A ESTE 41A 80 ESTE BARZAL ALTO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CORPORACION LENGUAJE CIUDADANO			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* SAN JUAN DE ARAMA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3125328391	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	11	*Mes*	10	*Año*	2023	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 5614/2016 PSICOSOCIAL	*DEPENDENCIA* 123 SOCIAL						*DIRECCIÓN* CALLE 40A NORTE 40 105 B BARRIO CAMOA					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL META SOLUCION SALUD			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* SAN JUAN DE ARAMA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6610200	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	29	*Mes*	05	*Año*	2023	*Día*	28	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1069/2009 PSICOLOGA	*DEPENDENCIA* PSICOLOGA						*DIRECCIÓN* CALLE 37A ESTE 41A 80 ESTE BARZAL ALTO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CONSORCIO CAÑO CURIA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* SAN JUAN DE ARAMA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3112222248	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	20	*Mes*	04	*Año*	2023	*Día*	28	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 5614/2016 PSICOSOCIAL	*DEPENDENCIA* 123 SOCIAL						*DIRECCIÓN* CALLE 41 NORTE 25 11 NORTE B EMPORIO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SAN JUAN DE ARAMA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* SAN JUAN DE ARAMA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	02	*Año*	2023	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL REFERENTE SALUD MENTAL SDS	*DEPENDENCIA* SECRETARIA SOCIAL						*DIRECCIÓN* CARRERA 9 SUR 0A 1 ESTE BARRIO EL CENTRO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL META SOLUCION SALUD			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* SAN JUAN DE ARAMA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6610200	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	19	*Mes*	08	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1069/2009 PSICOLOGA	*DEPENDENCIA* ACCESO A SERVICIOS DE SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 37 A NORTE 1A 80 ESTE BARZAL ALTO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SAN JUAN DE ARAMA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* SAN JUAN DE ARAMA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3143306392	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	19	*Mes*	07	*Año*	2022	*Día*	15	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL	*DEPENDENCIA* DEPENDENCIA SECRETARIA SOCIAL						*DIRECCIÓN* Carrera 9 No 11-25 Barrio el Centro					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SAN JUAN DE ARAMA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* SAN JUAN DE ARAMA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3143306392	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	19	*Mes*	10	*Año*	2022	*Día*	02	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL	*DEPENDENCIA* DEPENDENCIA SECRETARIA SOCIAL						*DIRECCIÓN* Carrera 9 No 11-25 Barrio el Centro					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD COORPORCION LENGUAJE CIUDADANO			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* MESETAS						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3112238161	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	10	*Año*	2021	*Día*	02	*Mes*	08	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AGENTE PROFESIONAL PSICOSOCIAL	*DEPENDENCIA* ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR						*DIRECCIÓN* CALLE 20B BARRIO CAMOA VILLAVICENCIO META					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SAN JUAN DE ARAMA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* SAN JUAN DE ARAMA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6536107	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	13	*Mes*	04	*Año*	2021	*Día*	28	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA SOCIAL						*DIRECCIÓN* Carrera 9 No 11-25 Barrio el Centro					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA SAN JUAN DE ARAMA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* SAN JUAN DE ARAMA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6536107	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	16	*Mes*	12	*Año*	2020	*Día*	06	*Mes*	04	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* COMISARIA DE FAMILIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 9N 11 25 BARRIO EL CENTRO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FUNDEPRO			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* SAN JUAN DE ARAMA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6833818	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	09	*Año*	2020	*Día*	15	*Mes*	12	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PSICOSOCIAL						*DIRECCIÓN* TRASVERSAL 26 N 39 C 25 EL EMPORIO VILLAVICENCIO M					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE DEPARTAMENTAL			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* SAN JUAN DE ARAMA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	09	*Año*	2020	*Día*	06	*Mes*	12	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD						*DIRECCIÓN* Sin dirección					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA SAN JUAN DE ARAMA META			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* SAN JUAN DE ARAMA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	01	*Año*	2020	*Día*	13	*Mes*	07	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA SOCIAL						*DIRECCIÓN* CARRERA 9N 11 25					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA MUNICIPAL SAN JUAN DE ARAMA META			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* SAN JUAN DE ARAMA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6536084	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	21	*Mes*	01	*Año*	2019	*Día*	27	*Mes*	12	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA SOCIAL						*DIRECCIÓN* CARRERA 9N 11 25 EL CENTRO SAN JUAN DE ARAMA					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CORPORACION SAN JUAN BOSCO DEL ARIARI			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* GRANADA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3164344708	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	06	*Año*	2019	*Día*	30	*Mes*	08	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SOCIAL						*DIRECCIÓN* CALLE 17N 8 44 Barrio Gaitan Granada Meta					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA MUNICIPAL DE ARMENIA - QUINDIO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* SAN JUAN DE ARAMA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6536107	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	16	*Mes*	01	*Año*	2018	*Día*	12	*Mes*	12	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA SOCIAL						*DIRECCIÓN* CARRERA 9N 11 25					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CORPOARIARI			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* CASTILLA LA NUEVA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3212323239	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	06	*Año*	2018	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA						*DIRECCIÓN* CARRERA 11N 16 87 GRANADA META					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CORPOARIARI			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* GRANADA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6500119	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	03	*Año*	2018	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* CARRERA 11 16 87					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA SAN JUAN DE ARAMA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* SAN JUAN DE ARAMA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6536084	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	07	*Año*	2017	*Día*	29	*Mes*	12	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA SOCIAL						*DIRECCIÓN* CARRERA 9N 11 25					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA SAN JUAN DE ARAMA META			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* SAN JUAN DE ARAMA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6536084	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	12	*Mes*	12	*Año*	2017	*Día*	27	*Mes*	12	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE GOBIERNO						*DIRECCIÓN* CARRERA 9N 11 25 EL CENTRO					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CORPOARIARI			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* SAN JUAN DE ARAMA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3114455467	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	08	*Año*	2017	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA						*DIRECCIÓN* CARRERA 11 16 87 GRANADA META					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA SAN JUAN DE ARAMA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* SAN JUAN DE ARAMA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6536107	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	16	*Mes*	01	*Año*	2017	*Día*	02	*Mes*	09	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA SOCIAL						*DIRECCIÓN* CARRERA 9 11 25 barrio el centro					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA MUNICIPAL SAN JUAN DE ARAMA META			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* SAN JUAN DE ARAMA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6536107	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	06	*Año*	2016	*Día*	27	*Mes*	12	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA SOCIAL						*DIRECCIÓN* CARRERA 9 11 25 barrio el centro					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA SAN JUAN DE ARAMA META			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* SAN JUAN DE ARAMA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6536107	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	02	*Año*	2016	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* MAS FAMILIAS EN ACCION						*DIRECCIÓN* CARRERA 9 11 25					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA MUNICIPAL SAN JUAN DE ARAMA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* SAN JUAN DE ARAMA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6536107	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	01	*Año*	2015	*Día*	05	*Mes*	04	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* BIBLIOTECA						*DIRECCIÓN* CARRERA 9 11 25					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA SAN JUAN DE ARAMA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* SAN JUAN DE ARAMA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6536107	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	09	*Año*	2014	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* BIBLIOTECA MUNICIPAL						*DIRECCIÓN* CARRERA 9N ° 11 -25 BARRIO EL CENTRO					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD NOTARIA UNICA SAN JUAN DE ARAMA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* SAN JUAN DE ARAMA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3108001331	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2014	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA						*DIRECCIÓN* CARRERA 9N 11 25 BARRIO EL CENTRO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CORPORACION TECNICA SOCIAL Y AGROPECUARIA FUERZA Y VIDA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* SAN JUAN DE ARAMA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3132917820	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2013	*Día*	01	*Mes*	01	*Año*	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SOCIAL						*DIRECCIÓN* CALLE 39N 20 63 villavicencio					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FUNDEPRO			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* SAN JUAN DE ARAMA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3112484730	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	2013	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SOCIAL						*DIRECCIÓN* CALLE 33N ° 39 -19 BARZAL ALTO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA SAN JUAN DE ARAMA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* SAN JUAN DE ARAMA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6536107	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	06	*Mes*	03	*Año*	2013	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SISBEN						*DIRECCIÓN* CARRERA 9N ° 11 -25 BARRIO EL CENTRO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FUNDEPRO			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* SAN JUAN DE ARAMA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6627248	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	09	*Año*	2012	*Día*	01	*Mes*	01	*Año*	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PROMOTOR DE DERECHOS						*DIRECCIÓN* CALLE 33N 39 19 BARZAL ALTO					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION ENSEÑAME A VOLAR			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* SAN JUAN DE ARAMA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3203366301	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	05	*Año*	2011	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2011
CARGO O CONTRATO ACTUAL VOLUNTARIO	*DEPENDENCIA* MESA DE INFANCIA Y ADOLESCENCI						*DIRECCIÓN* CARRERA 11N 12 35 BARRIO BUENOS AIRES					

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	1	6
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	5
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	9	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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 SAN JUAN DE ARAMA - META 2026

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Mis datos de usuario

Noticias SECOP

Mis registros

Accesos del usuario

Términos y condiciones de uso

Editar

Información del usuario



Cargo	
Título	Sra.
Nombre	DAYANA ALEXANDRA
Apellidos	RIOS CHAVEZ
Fecha de Nacimiento	14/12/1990 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nivel Educativo	Universitaria completa (con título)
Género	Mujer
¿Tiene alguna discapacidad?	Sí No
Nombre y apellido	DAYANA ALEXANDRA RIOS CHAVEZ
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	1124243265
Dirección	Trasversal 9 manzana D lote 3 Barrio Portales de Chia San Juan de Arama
Código postal	0
Estrato	1
Ubicación	San Juan De Arama
País	COLOMBIA
Correo electrónico	dayanalexandrarios@gmail.com
Teléfono	
Celular	3177434129

Configuración

Zona horaria	(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma	Español (Colombia)
Configuración regional	Spanish (Colombia)

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	¿Cuál es su número de teléfono?
Respuesta	3177434129
SMS para recuperar la contraseña	3177434129

Editar

Función Pública

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2026-11-06 15:04

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
DAYANA	ALEXANDRA	RIOS	CHAVEZ

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1124243265

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	SAN JUAN DE ARAMA

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	SAN JUAN DE ARAMA

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	$38.200.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$38.200.000,00

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	$5.000.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
VIVIENDA	COLOMBIA	META	SAN JUAN DE ARAMA	$50.000.000,00

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:

DAYANA RIOS GH
2026

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.124.243.265**

RIOS CHAVEZ

APELLIDOS

DAYANA ALEXANDRA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-DIC-1990**

SAN JUAN DE ARAMA
(META)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70	**A+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

16-DIC-2008 SAN JUAN DE ARAMA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-5205800-00168539-F-1124243265-20090812 0014830037A 2 24811702



CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 06 de noviembre de 2026, a las 11:35:51, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1124243265
Código de Verificación	1124243265261106113551

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. 306021500

PIB
11:37:06
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 06 de noviembre del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) DAYANA ALEXANDRA RIOS CHAVEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1124243265:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:38:02 AM horas del 06/11/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1124243265**

Apellidos y Nombres: **RIOS CHAVEZ DAYANA ALEXANDRA**

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

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 06/11/2026 11:41:18 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1124243265**
DAYANA ALEXANDRA RIOS CHAVEZ.

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. **151090223** . 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

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 11:47:11 horas del 06/11/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1124243265,** Apellidos y Nombres **RIOS CHAVEZ DAYANA ALEXANDRA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **Dayana Rios** , con NIT **112424326-5** 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.

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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14985981859

(415)7707212489984(8020) 000001498598185 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 1 2 4 2 4 3 2 6 5	9	Impuestos y Aduanas de Villavicencio	2 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 1 2 4 2 4 3 2 6 5

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Meta 5 0	San Juan de Arama 6 8 3

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RIOS	CHAVEZ	DAYANA	ALEXANDRA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Meta 5 0	San Juan de Arama 6 8 3

41. Dirección principal
CR 9 11 56

42. Correo electrónico alexandra-rios@hotmail.es

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

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 5	4	2	4	9	5	0																			

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
42- Obligado a llevar contabilidad
49 - No responsable de IVA
50 - No responsable de Consumo restauran

Usuarios aduaneros		Exportadores				
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código				57. Modo			
11 12 13 14 15 16 17 18 19 20				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 2026-11-10 / 09:48:43AM.

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 RIOS CHAVEZ DAYANA ALEXANDRA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Certificación
Bancaria

Lunes, 09 de noviembre de 2026

A quien le interese

Bancolombia S.A. se permite informar que DAYANA ALEXANDRA RIOS CHAVEZ identificado(a) con CC 1124243265, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta de ahorros	36756574021	2016-03-04	Activo	*****

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

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

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

NERYMAR DELLAN SANCHEZ
MEDICO CIRUJANO – L.U.Z
RM 490327. PPT 4.903.207 de Bogotá
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL – UNAB
Licencia S.O 8605 de Mayo de 2023

Fecha
2/12/2025



CERTIFICADO DE APTITUD

Evaluación Médica Ocupacional
Resolución 2346 de 2007 (Ministerio de la Protección Social).

INFORMACIÓN BÁSICA

Empresa: INDEPENDIENTE
Nombre: DAYANA ALEXANDRA RIOS CHÁVEZ
Cargo: PSICOLOGA
Estado Civil: SOLTERA
Municipio: SAN JUAN DE ARAMA
EPS: SALUD TOTAL
Nombre Acompañante NO
AFP: NO REFIERE

Fecha de Nac.: 14/12/1990
Documento: CC. 1.124.243.265
Actividad Economica: INDEPENDIENTE
Dirección: BARRIO PORTALES DE CHIA
Teléfono: 3177434129
ARL: N/A
Parentesco: NO
Tipo de Vinculación: Cotizante: " Beneficiario: " Particular: "

Edad.: 34 AÑOS
Escolaridad: PROFESIONAL
Genero: FEMENINO
IMC: 26.3 SOBREPESO
Tel: NO

EXAMENES REALIZADOS

Servicio	Fecha	Resultado	Restriccion
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PREINGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	02/12/2025	Normal	No

CONCEPTO MEDICO

SATISFACTORIO PARA INGRESO-APTO PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES

Higiene Postural Ejercicio regular 5 veces a la semana, en sesiones de media hora seguir el protocolo de bio-seguridad pausas activas antes de iniciar labores, cada 2 ó 3 horas durante el día y al terminar la jornada, con una duración de 5 a 10 minutos.

OBSERVACIONES FINALES

El examen estático y dinámico de la columna es normal y sus curvaturas son normales. No se evidencian limitaciones de los arcos de movimiento significativos o de importancia ocupacional, ni dolor. A nivel de los diferentes segmentos corporales la exploración osteomuscular es normal y no se evidencian atrofias ni limitaciones de la movilidad significativa, o de importancia ocupacional, ni dolor.

RESTRICCIONES

Tipo de restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Tiempo
N/A		

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

N/A

VACUNA COVID-19

si

CIE-10 Z100 EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL

REMISIONES

N/A

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclinicos y las prueba complementarias que se van a realizar han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Esta pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en el que se le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin preciones de ninguna índole y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declare que si he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expuesto, Autorizo a la IPS para realizarme los exámenes clínicos y paraclinico solicitados según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que sera entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiologica o según correspondan, que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes. DECLARACIÓN DEL ASPIRANTE: Manifiesto con mi firma o huella que no omití datos relevantes en mis antecedentes que pudieran influir sobre la evaluación de estado de salud.

DAYANA ALEXANDRA RIOS CHÁVEZ
CC. 1.124.243.265

Nerymar Dellan S.
Medico Especialista en Salud Ocupacional y SST
RM 4903207

NERYMAR DELLAN SANCHEZ
Médico Especialista SST Lic 8605
RM 4903207

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

1124243265

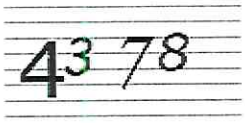
Primer Nombre

DAYANA

Primer Apellido

RIOS

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

1196

Limpiar

Resultado General -2026-11-06→11:53:46 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificació
CC	1124243265	DAYANA	ALEXANDRA	RIOS	CHAVEZ	Vigente

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) DAYANA ALEXANDRA RIOS CHAVEZ identificado(a) con CC 1124243265 registra La siguiente información:

2026-11-06→11:53:46 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	PSICOLOGIA	2022-07-25	37184	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
AUX	Local	Auxiliar en enfermería	2011-08-01	12438	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).

SISPRO

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

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

Contacto

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

Términos y condiciones

Comprometidos con sus necesidades
11526

LIFECARE
SERVICE

HACE CONSTAR QUE:

DAYANA ALEXANDRA RIOS CHÁVEZ

C C 1124243265 DE SAN JUAN DE ARAMA (META)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES EN EL CURSO TALLER DE

ATENCION INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS DE VIOLENCIA Y ABUSO SEXUAL

Realizado los días 16 FEBRERO AL 17 de FEBRERO de 2026, con una intensidad de 20 horas
Certificación vigente hasta el día 17 de FEBRERO del año 2028

DADO EN SAN JUAN DE ARAMA (META) A LOS 17 DÍAS FEBRERO DE 2026

CESAR GERMÁN CASTAÑEDA
GERENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.
VIGILADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

Sede Neiva, Cll. 18a No. 8a – 29 Segundo Piso, Campo Nuñez
Cel. 318 505 4810 - 3187282302 - Ofic. 608 867 6342

Sede Chaparral
Cel. 3124763736

lifecareservice.ac@gmail.com
certificadoslife.2023@gmail.com

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

UNAD
Universidad Nacional
Abierta y a Distancia

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

DAYANA ALEXANDRA RIOS CHAVEZ

Cédula de Ciudadanía Nº. 1124243265 de San Juan De Arama

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

PSICÓLOGO

Dado en Bogotá D.C., el día 27 de Abril de 2019

Rector

Decana

Secretaria General

Acta de Grado Nº 415
Fecha 27 de Abril de 2019
Registro de Diploma 95018
Libro 22, Folio 4

Registro M.E.N. 3274

Código de Seguridad: 2102-AA-035187

Universidad Nacional Abierta y a Distancia

Ministerio de Educación Nacional

ACTA DE GRADO No. 415

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES, ARTES Y HUMANIDADES

En ceremonia realizada el día 27 de Abril de 2019 en la ciudad de Acacías y presidida por la Doctora Blanca Dilia Parrado Clavijo, Directora del CENTRO ACACÍAS, previa delegación de la Rectoría, una vez tomado el juramento reglamentario, confirió el título de:

PSICÓLOGO

REGISTRO ICFES - M.E.N. 3274

A:

DAYANA ALEXANDRA RIOS CHAVEZ

Identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1124243265 de San Juan De Arama, quien cumplió satisfactoriamente con los requisitos exigidos en los Reglamentos y Normas Legales, habiendo aprobado el trabajo de grado titulado:

OPCIÓN DE GRADO: DIPLOMADO DE PROFUNDIZACIÓN PARA GRADO EN ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL EN ESCENARIOS DE VIOLENCIA, LA IMAGEN Y LA NARRATIVA COMO HERRAMIENTAS PARA EL ABORDAJE PSICOSOCIAL EN ESCENARIOS DE VIOLENCIA

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 27 días del mes de Abril de 2019.

Anotado en el libro de actas No. 2
Registro de Diploma 95018, Libro 22, Folio 4

Esta tarjeta profesional es personal e intransferible y acredita a su portador como **psicólogo** de conformidad con los artículos 6 y 12 de la **Ley 1090 de 2006** y es requisito legal para el ejercicio profesional en Colombia.

Si esta tarjeta es encontrada, agradecemos enviarla al Colegio Colombiano de Psicólogos.

BERNARDO USECHE ALDANA
Presidente Colpsic

Colegio Colombiano de Psicólogos

NO. 197637

TARJETA PROFESIONAL DE PSICÓLOGO
LEY 1090 DE 2006

DAYANA ALEXANDRA RIOS CHAVEZ

C.C. 1124243265

EXPEDIDA: 13/06/2019

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Resolución No. 197637

(Junio 13 de 2019)

por la cual se autoriza la expedición de una Tarjeta Profesional de Psicólogo

EL PRESIDENTE DEL CONSEJO DIRECTIVO Y EL DIRECTOR EJECUTIVO NACIONAL DEL COLEGIO COLOMBIANO DE PSICÓLOGOS

en uso de la atribución conferida por el Acuerdo No. 10 de 2006 del Consejo Directivo Nacional

Y

CONSIDERANDO:

Que DAYANA ALEXANDRA RIOS CHAVEZ, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.124.243.265, ha solicitado a este Colegio la expedición de su Tarjeta Profesional de Psicólogo;

Que según consta en certificación allegada a este Colegio por la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia - Unad el día diez (10) de mayo de dos mil diecinueve (2019), la solicitante obtuvo el Título de Psicólogo otorgado por dicha universidad el día veintisiete (27) de abril de dos mil diecinueve (2019) según consta en el Acta de Grado No. 415; el Libro de Grado No. 2; el Folio del Acta No. 4;

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

Que por lo anterior la solicitante cumple lo dispuesto por el Artículo No. 7 de la Ley 1090 de 2006;

RESUELVE:

ARTÍCULO 1º-. Autorízase la expedición de la Tarjeta Profesional de Psicólogo válida en todo territorio nacional, a DAYANA ALEXANDRA RIOS CHAVEZ, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.124.243.265.

ARTÍCULO 2º-. La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición. Contra la presente Resolución proceden los recursos de ley.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.

Dada en Bogotá, D.C. a los trece (13) días del mes de Junio de dos mil diecinueve (2019).

BERNARDO USECHE ALDANA
Presidente del Consejo Directivo

CAMILO ERNESTO GIRALDO GIRALDO
Director Ejecutivo Nacional

Verifique en nuestra web la autenticidad de este documento con el código: 1560782762.

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

HACE CONSTAR:

Que **DAYANA ALEXANDRA RIOS CHAVEZ**, identificado(a) con documento de identidad No. CC **1124243265** obtuvo su Tarjeta Profesional de Psicólogo No. 197637 expedida el 13/06/19, 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 6 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

65gksBoftKaENDaYWjag
Para validar este documento ingrese en el siguiente link:
https://sara.colpsic.org.co/publico/validar-documento

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 **DAYANA ALEXANDRA RIOS CHAVEZ**, con documento de identificación N° **1124243265**, tenga antecedentes deontológicos disciplinarios en ninguno de ellos.

Este certificado tiene validez de tres (03) meses.

Se expide en Bogotá, D.C., el 6 de noviembre de 2026.

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

9kSrJOU+CIV8U8WEjXZZ
Para validar este documento ingrese en el siguiente link:
https://sara.colpsic.org.co/publico/validar-documento

Personería Jurídica Resolución Mineducación No. 13130 de 2017

La Fundación Universitaria Internacional de La Rioja, debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional, considerando que:

DAYANA ALEXANDRA RIOS CHAVEZ

CC.1124243265

aprobó los estudios programados por la Fundación y cumplió los requisitos exigidos por los Reglamentos y la Ley, le confiere el título de:

ESPECIALISTA EN ADMINISTRACIÓN Y GERENCIA DE LA SALUD

En testimonio de lo anteriormente expuesto se expide el presente diploma que así lo acredita
Bogotá D.C., noviembre 11 de 2025

La Rectora

Vicerrector Académico

Secretaria General

008189

REGISTRADO CON EL NÚMERO 364 EN EL LIBRO 6 FOLIO 13

Acta de Grado No. 364

En Bogotá, D.C. a los once (11) días del mes de noviembre de 2025, bajo la Rectoría de la Dra. Flor Nancy Díaz Piraquive, se confirió el título de:

ESPECIALISTA EN ADMINISTRACIÓN Y GERENCIA DE LA SALUD

Código SNIES 111563

A:

DAYANA ALEXANDRA RIOS CHAVEZ

CC. No. 1124243265

Quien cursó y aprobó el plan de estudios del respectivo programa, dando cumplimiento a los requisitos exigidos por la ley y los reglamentos académicos internos de la Fundación, por lo que se le entregó el diploma que lo acredita para el ejercicio de su profesión de conformidad con la legislación vigente.

Para constancia se expide y firma la presente acta en la ciudad de Bogotá, D.C., a los once (11) días del mes de noviembre de 2025 .

Diploma registrado con el No. 364 , Libro 6 , Folio 13 .

Flor Nancy Díaz Piraquive
La Rectora

Nini María González Murillo
Secretaria General

Código seguro de verificación / *Secure verification code:* **6aa692b6-5c8a-4fda-b71b-a4123fde4ff1**

La autenticidad de este documento electrónico puede ser contrastada a través de la siguiente dirección / *The authenticity of this electronic document can be verified through the following address:* **https://verifirma.unir.net/FUNIR/CSV/**

Firmante / *Signer:* **Nini María González Murillo**

Libertad y Orden

La República de Colombia

y en su nombre

Los Andes

Institución de Educación para El Trabajo y Desarrollo Humano

Aprobado Según :

Resoluciones : No 1339, del 04 de Septiembre de 2.009,por la Secretaria de Educación del Municipio de Villavicencio , 3863 , 3864 del 10 de Noviembre de 2.009 por la Secretaria de Educación del Departamento del Meta ; los Acuerdos 079 del 06 de Abril de 2.009, y 252 , 253 emitidos por el Ministerio de la Protección Social.

Certifica a

Dayana Alexandra Rios Chavez

Identificado con D.I. No 1.124. 243.265 de SAN JUAN DE ARAMA

El Presente Certificado de Técnico Laboral Por Competencia Como :

Auxiliar en Enfermería

Por haber Culminado sus Estudios, y Cumplido los Requisitos Académicos Exigidos por el Ministerio de la Protección Social . con una intensidad Horaria de 1800 Horas

Lilia Camelo de Mantera
Directora

Nubia Stella Parra Rojas
Secretaria

Libro de Registro No E Acta No 17 Folio No 95

Dado en VILLAVICENCIO a los 30 días del mes de JULIO de 2.011

Scanned by CamScanner

Powered by CamScanner

Acta Individual de Grado

" LOS ANDES "
INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN
" PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO "

En la ciudad de Villavicencio, a los treinta(30) días del mes Julio de 2011 Se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos. Los suscritos Directora y Secretaria en la Dirección de LA INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO LOS ANDES. Aprobado, Según Resoluciones No 1339 del 04 de Septiembre de 2.009 por la Secretaria de Educación del Municipio de Villavicencio,las 3863,3864 del 10 de Noviembre de 2.009 por la Secretaria de Educación del Departamento del Meta Los Acuerdos: 079 del 06 de Abril de 2.009 y, 252,253, emitidos por el Ministerio de la Protección Social.

Comprobada la situación Legal y Académica, de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios Exígidos por el Ministerio de la Protección Social se procedió a otorgar el: ***CERTIFICADO TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIA COMO AUXILIAR EN ENFERMERÍA*** *.Con una intensidad horaria de 1800 horas al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:*

DAYANA ALEXANDRA RIOS CHAVEZ
CC. 1.124.243 265 de SAN JUAN DE ARAMA

Es fiel copia tomada del Acta Original General No.[17] *de fecha Julio 30 de 2011*

que consta de 123 *alumnos que comienza con el nombre de:* Abello Ramos Angela Yined *y se cierra con el nombre de:* Yatte Castillo Mauricio

Dada en Villavicencio a los treinta (30) días de Julio de 2011

Firmado por: Lic. LILIA CAMELO DE MANCERA (Directora) y NUBIA STELLA PARRA ROJAS (secretaria).

Firmado y Sellado

Centro de Estudios Tecnológicos Los Andes
DIRECTOR
VILLAVICENCIO
Lic. LILIA CAMELO DE MANCERA
C.C. No. 21.215.866 de V/cio.
Directora

Centro de Estudios Tecnológicos Los Andes
SECRETARIA
VILLAVICENCIO
NUBIA STELLA PARRA ROJAS
C.C. No. 40.378.167 de V/cio.
Secretaria

Bogotá, Noviembre / 6 de 2026

Señor (a): DAYANA ALEXANDRA RIOS CHAVEZ
CC. 1124243265
MZ 2 CA 3 BRR LA LIBERTAD
VILLAVICENCIO

Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S SA,

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Mayo / 1 de 2016, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.

En Salud Total EPS-S S.A. apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con calidad total. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o www.saludtotal.com.co Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos en www.saludtotal.com.co** o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.
Elaboró: *Oficina Virtual*

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el estado actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación y siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1124243265		RIOS CHAVEZ DAYANA ALEXANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 14 N 17 59	SAN JUAN DE ARAMA-META	6500000	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-10	2026-10	714684875	9511860776	I	2026/11/18	2026/10/05	BANCOLOMBIA	0	$618,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1124243265	RIOS DAYANA																		25-14	30	$2,000,000	$320,000	EPS002	30	$2,000,000	$250,000		0	$0	$0	14-23	30	$2,000,000	$48,800	0	$0	$0	No	$618,800
Total	Afiliados(1)																						$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$250,000			$0	$0			$2,000,000	$48,800		$0	$0		$618,800

2026/10/08 08:43 AM

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1124243265		RIOS CHAVEZ DAYANA ALEXANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 14 N 17 59	SAN JUAN DE ARAMA-META	6500000	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-10	2026-10	714684875	9511860776	I	2026/11/18	2026/10/05	BANCOLOMBIA	0	$618,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	Fondo Solidaridad Pensional	Intereses de Mora Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Intereses de Mora Fondo Subsistencia	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$320,000	$0					$0	$320,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$320,000	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$320,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$48,800	$0					$0	$48,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$48,800	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$48,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$250,000	$0					$0	$250,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$250,000	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$250,000
TOTAL				**1**	**$618,800**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$618,800**

2026/10/08 08:43 AM

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **DAYANA ALEXANDRA RIOS CHAVEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1124243265**, se encuentra afiliado/a desde **01/08/2012** 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 06 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.

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 1124243265 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 06/11/2026 11:45 AM

Código Verificación: **GD316T25WK**

Válida hasta: **06/02/2027**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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:	Ali	**Address:**	Trasversal 9 manzana D casa 3 P
Name:	DAYANA ALEXANDRA CHAVEZ	**City:**	San Juan de Arama, M
ID # / Digital Currency Address:	1124243265	**State/Province:***	SAN JUAN DE ARAMA
Program:	All 561-Related BALKANS 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: 11/5/2026 12:30:34 PM
Non-SDN List last updated on: 11/4/2026 12:33:06 PM

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

DATOS DE SOLICITUD

FECHA DE SOLICITUD:	06/10/2026					
TIPO DE SOLICITUD: (marcar con X)	VINCULACIÓN			ACTUALIZACIÓN		
TIPO DE USUARIO: (marcar con X)	CLIENTE		CONTRATISTA	X	PROVEEDOR	

DATOS BASICOS DE PERSONA NATURAL

NOMBRE COMPLETO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
DAYANA ALEXANDRA	RIOS	CHAVEZ

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
1124243265	16	12	2008	SAN JUA DE ARAMA META

FECHA DE NACIMIENTO:	14/12/1990	LUGAR DE NACIMIENTO: (País, departamento y ciudad)	SAN JUAN DE ARAMA
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
PORTALES DE CHIA	3177434129	SAN JUAN DE ARAMA	META	dayanalexandrarios@gmail.com

NÚMERO DE CELULAR	3143875512

TIPO DE VIVIENDA (marcar con X)

PROPIA		FAMILIAR	X	ARRENDADA	
PERSONAS A CARGO:	UNA (HIJA)				
VALOR ARRIENDO:	0	GASTOS FAMILIARES:	900000		

INFORMACIÓN LABORAL

NOMBRE DE LA EMPRESA / NEGOCIO	DETALLE ACTIVIDAD (Sólo para independientes)

		FECHA DE INGRESO			TIPO DE VINCULACIÓN		
CARGO:	ESE PRIMER NIVEL GRANADA SALUD	dd	mm	aaaa	FIJO	INDEFINIDO	OTRO ¿Cuál?
CIUDAD:	VILLAVICENCIO META	4	2	2026	X		
DIRECCIÓN:	Calle 37 No 41-80, Barzal Alto,						
TELÉFONO:	3214031427						

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	
AHORRO	36756574021	BANCOLOMBIA	GRANADA META	10 años

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.

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

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y/O BIENES

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				

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

¿Tiene algún familiar o pariente hasta cuarto grado de consanguinidad, cuarto grado de afinidad y único civil (padre, hijo, cónyuge, madre, 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

¿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

FIRMA	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)*_____

CERTIFICACIÓN DE COMPROMISO Y PROTECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Yo, **DAYANA ALEXANDRA RÍOS CHÁVEZ**, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.124.243.265 de San Juan de Arama (Meta), obrando en nombre propio, me permito manifestar a la **Empresa Social del Estado del Departamento del Meta - E.S.E. SOLUCIÓN SALUD**, que comprendo y acepto que los manuales de procedimientos, bases de datos, documentos y, en general, toda la información a la que tenga acceso en el marco de las actividades a desempeñar como contratista, son propiedad exclusiva de la E.S.E. SOLUCIÓN SALUD.

Por lo tanto, me comprometo y garantizo que:

- No utilizaré, ni directa ni indirectamente, dicha información para fines distintos al objeto contractual suscrito con la entidad.
- No utilizaré, comercializaré, compartiré ni enajenaré los datos a los cuales tenga acceso sin la debida autorización previa.
- No prestaré con ellos servicios a terceros.

De igual manera, declaro conocer la Política de Manejo de Datos de la E.S.E. SOLUCIÓN SALUD para el cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 sobre la protección de datos personales, la cual se encuentra publicada en la página web oficial www.esemeta.gov.co, quedando obligada a respetarla y aplicarla rigurosamente en el manejo de la información que reciba o a la que tenga acceso.

Para constancia de lo anterior, se expide y firma a los Seis (06) días del mes de noviembre del año 2026.

Cordialmente,

DAYANA ALEXANDRA RÍOS CHÁVEZ
C.C. No. 1.124.243.265 de San Juan de Arama, Meta
Teléfono: 317 743 41 29

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

GRUPO BICENTENARIO GB

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

DAYANA ALEXANDRA RIOS CHAVEZ identificado con CC. 1124243265 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE			
Nombres y/o Razón	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META ESE SOLUCION		
Tipo y Numero de Documento	NI - 822006595		
INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/11/19	**Fecha inicio contrato**	2026/11/18
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/12/29
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	2026/12/29	**Estado del contrato**	Activa

Esta certificación se expide a los 18 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: **CC18112026N1124243265A25071513.** Este código es válido por un mes.

CER_AFI_2026034545357

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.