

ANEXO ÚNICO
COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Que libre, y voluntariamente, de manera unilateral, a nombre propio, asumo el presente COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

PRIMERA: Que el MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - EJERCITO NACIONAL / DIRECCION DE SANIDAD adelantó la contratación directa cuyo objeto es prestar mis servicios profesionales como **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, para apoyar el Area de **ATENCION AL USUARIO**.

SEGUNDA: Que es propósito Apoyar la Gestión de la Institución en lo que hace referencia a todas las obligaciones específicas definidas en el contrato de prestación de servicios profesionales N° _____

TERCERA: Que siendo de mi interés efectuar la contratación directa enunciada en el considerando primero precedente, me encuentro dispuesto a asumir con la debida confidencialidad de la ejecución propia de los procesos y proyectos así como de la ejecución de las actividades; en tal sentido suscribo el presente documento de confidencialidad, por el cual se garantiza la absoluta reserva, en la medida que la información técnica, económica y jurídica, puesta a disposición contiene datos referidos a bienes y/o servicios destinados a la defensa y seguridad nacional.

CUARTA: Que por lo tanto asumo libre y espontáneamente este compromiso, el cual se registrá por las siguientes cláusulas:

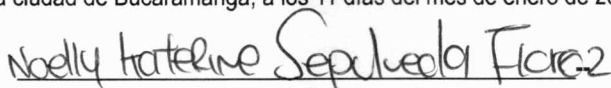
CLAUSULA PRIMERA: COMPROMISOS ASUMIDOS POR EL CONTRATISTA: Mediante la suscripción del presente documento, asumo los siguientes compromisos:

- 1.1. EL CONTRATISTA no duplicará total o parcialmente la documentación recibida, a efectos de trasladarla a terceros que puedan tener interés en la información de los procesos y proyectos, así como de la ejecución de las actividades de los mismos, en la información técnica, económica y jurídica.
- 1.2. EL CONTRATISTA se compromete a no permitir que, en su nombre, alguien, bien sea empleado del mismo, o un agente comisionista independiente, o un asesor o consultor incurra en lo señalado anteriormente.
- 1.3. EL CONTRATISTA, se compromete formalmente a cumplir en todo momento las leyes de la República de Colombia, especialmente de aquellas que rigen el presente proceso y la relación contractual y se imponen las siguientes obligaciones:
 - a) No revelar información propia del objeto de la presente contratación
 - b) No permitir que terceros obtengan información sobre los procesos y/o proyectos, las finalidades y sus componentes técnicos, económicos y jurídicos
 - c) No obrar a través de terceros o sugerir que terceros hagan lo propio en su nombre
 - d) No publicar información alguna, por medios de comunicación electrónica o correos internos que permita a terceros acceder a la información
- 1.4. EL CONTRATISTA se compromete formalmente a no efectuar acuerdos de naturaleza alguna con terceros que manifiesten interés en el asunto.

CLAUSULA SEGUNDA: CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO. EL CONTRATISTA asume a través de la suscripción del presente compromiso, las consecuencias que el Ministerio considere procedente imponer, entre ellas, la presentación pública de su conducta transgresora, igualmente si el Ministerio demuestra que con su actuación se vulneran los derechos, podrá ejercer las acciones civiles, penales y administrativas que le permitan restablecer su situación, previa indemnización del daño causado.

CLÁUSULA TERCERA: Declara Igualmente EL CONTRATISTA que toda la información que se produzca en la ejecución del contrato, será confidencial y/o reservada.

En constancia de lo anterior y como manifestación de la aceptación de los compromisos unilaterales incorporados en el presente documento, se firma el mismo en la ciudad de Bucaramanga, a los 11 días del mes de enero de 2023


CC. N° 1099372360 De Lebrija



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Empty box for receiving entity

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO SEPULVEDA		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) FLOREZ		NOMBRES NOELLY KATHERINE	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1099372360			SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/>	NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>	PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>		NÚMERO		D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA		
FECHA DIA 11 MES 09 AÑO 1996			CARRERA 8 7 22		
PAÍS COLOMBIA			PAÍS COLOMBIA DEPTO SANTANDER		
DEPTO SANTANDER			MUNICIPIO LEBRIJA		
MUNICIPIO LEBRIJA			TELÉFONO 3002596021		EMAIL kahasepulveda@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		BÁSICA SECUNDARIA		
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 (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA) UN (UNIVERSITARIA)

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	3	X			12	2018	
PREGRADO	3	X		ENFERMERIA	06	2017	

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

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

3

EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE																
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA								
DEPARTAMENTO SANTANDER			MUNICIPIO BUCARAMANGA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD								
TELÉFONOS 3005678907			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO								
			Día	17	Mes	01	Año		2022		Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA DE SALUD			DEPENDENCIA ATENCION AL CIUDADANO Y ARCHIV					DIRECCIÓN AVENIDA 33A - 357								
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																
EMPRESA O ENTIDAD DISPENSARIOMEDICO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA								
DEPARTAMENTO SANTANDER			MUNICIPIO BUCARAMANGA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD								
TELÉFONOS 6970711			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO								
			Día	09	Mes	09	Año		2021		Día	31	Mes	12	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ATENCION AL USUARIO					DIRECCIÓN AV. QUEBRADA SECA NO. 33A-207								
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																
EMPRESA O ENTIDAD DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA				PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA								
DEPARTAMENTO SANTANDER			MUNICIPIO BUCARAMANGA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD								
TELÉFONOS 6970711			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO								
			Día	09	Mes	09	Año		2021		Día	24	Mes	12	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA -			DEPENDENCIA ATENCION AL CIUDADANO Y ARCHIV					DIRECCIÓN AVENIDA 33A - 207 QUEBRADA SECA								
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA SAN PABLO				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA								
DEPARTAMENTO SANTANDER			MUNICIPIO BUCARAMANGA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD								
TELÉFONOS 6575734			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO								
			Día	06	Mes	01	Año		2020		Día	07	Mes	07	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA URGENCIAS Y HOSPITALIZACION					DIRECCIÓN CARRERA 38 48 76								
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE LEBRIJA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA								
DEPARTAMENTO SANTANDER			MUNICIPIO LEBRIJA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD								
TELÉFONOS 6566472			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO								
			Día	01	Mes	10	Año		2019		Día	31	Mes	12	Año	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN CALLE 11 N 8 59								



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Empty box for receiving entity

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO SEPULVEDA		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) FLOREZ		NOMBRES NOELLY KATHERINE	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1099372360			SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/>	NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>	PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>		NÚMERO		D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA		
FECHA	DIA 11	MES	09	AÑO	1995
PAÍS	COLOMBIA		PAÍS	COLOMBIA	DEPTO SANTANDER
DEPTO	SANTANDER		MUNICIPIO	LEBRIJA	
MUNICIPIO	LEBRIJA		TELÉFONO	3002596021	EMAIL kahasepulveda@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	2013
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	3	X			12	2018	
PREGRADO	3	X		ENFERMERIA	06	2017	

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

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3

EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE																	
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA									
DEPARTAMENTO SANTANDER			MUNICIPIO BUCARAMANGA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD									
TELÉFONOS 3005678907			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO									
			Día	17	Mes	01	Año		2022		Día		Mes		Año		
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA DE SALUD			DEPENDENCIA ATENCION AL CIUDADANO Y ARCHIV					DIRECCIÓN AVENIDA 33A - 357									
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																	
EMPRESA O ENTIDAD DISPENSARIOMEDICO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA									
DEPARTAMENTO SANTANDER			MUNICIPIO BUCARAMANGA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD									
TELÉFONOS 6970711			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO									
			Día	09	Mes	09	Año		2021		Día	31	Mes	12	Año		2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ATENCION AL USUARIO					DIRECCIÓN AV. QUEBRADA SECA NO. 33A-207									
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																	
EMPRESA O ENTIDAD DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA				PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA									
DEPARTAMENTO SANTANDER			MUNICIPIO BUCARAMANGA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD									
TELÉFONOS 6970711			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO									
			Día	09	Mes	09	Año		2021		Día	24	Mes	12	Año		2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA -			DEPENDENCIA ATENCION AL CIUDADANO Y ARCHIV					DIRECCIÓN AVENIDA 33A - 207 QUEBRADA SECA									
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																	
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA SAN PABLO				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA									
DEPARTAMENTO SANTANDER			MUNICIPIO BUCARAMANGA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD									
TELÉFONOS 6575734			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO									
			Día	06	Mes	01	Año		2020		Día	07	Mes	07	Año		2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA URGENCIAS Y HOSPITALIZACION					DIRECCIÓN CARRERA 38 48 76									
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																	
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE LEBRIJA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA									
DEPARTAMENTO SANTANDER			MUNICIPIO LEBRIJA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD									
TELÉFONOS 6566472			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO									
			Día	01	Mes	10	Año		2019		Día	31	Mes	12	Año		2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN CALLE 11 N 8 59									

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 6566963			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	08	Año	2019	Día	30	Mes	09	Año	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA URGENCIAS					DIRECCIÓN CARRERA 7 11 20 centro lebrija santander						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE LEBRIJA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SANTANDER			MUNICIPIO LEBRIJA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 6566384			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	04	Mes	06	Año	2019	Día	31	Mes	07	Año	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN CARRERA 7 11 20, Lebrija, Santander						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD SAN PABLO				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SANTANDER			MUNICIPIO BUCARAMANGA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 6565602			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	09	Mes	06	Año	2017	Día	11	Mes	01	Año	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN CARRERA 12 45 23						

4

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

5 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	11
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	4
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	10
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	3	3

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI NO ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD 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

Noelly Katherine Sepulveda Flores

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 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.

BULARAMAN 6A 11/07/23

Ciudad y fecha

NEILSON ENRIQUE URBARRI SARDORA

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



Tipo de declaración Fecha de publicación

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
NOELLY	KATERINE	SEPULVEDA	FLOREZ

Documento de identificación
Tipo Número

Lugar de nacimiento
País Departamento Municipio

Lugar de domicilio
País Departamento Municipio

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

Lugar de sede
País Departamento Municipio

Dirección

Cargo o función que cumple

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 último año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	\$4.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	\$4.000.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	\$20.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí No

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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:



TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO
ACCIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS
Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

Yo, **Noelly Katherine Sepulveda Flore²**

IDENTIFICADO CON: C.C. C.E. T.I. N° **1099372360** CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País **COLOMBIA** Departamento **Santander** Municipio **Lebrija**

Dirección **CASE # 7-22** Teléfonos **3002596021**

Y TENIENDO COMO PARENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Wilson Sepulveda	88276984	Padre
Rosa Edna Flore² M	28217611	Madre
Juan David Sepulveda	1099374028	Hermano

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESION PARA MODIFICAR LOS DATOS PREVIAMENTE PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACION, QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	1.250.054
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	—
GASTOS DE REPRESENTACION	—
ARRIENDOS	—
HONORARIOS	—
OTROS INGRESOS Y RENTAS	—
TOTAL	1.250.054

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE CUENTA LA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Bancolombia	Ahorros	29153992914	lebrija	0

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
—	—	—
—	—	—

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
—	—	—

--	--	--

1.2. DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO
/	

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO
/	/

c) En la actualidad: SI NO X tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION			N°
	C.C.	C.E.	T.I.	

2. ACTIVIDADES ECONOMICAS PRIVADAS

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 DE PARTICIPACION
/	/

3. FIRMA

<i>Noelly Katherine Sepulveda F.</i> FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA	<i>Bucaramanga</i> // CIUDAD Y FECHA
---	---

DAFP-OAP

Certificación Bancaria



Miércoles, 9 de noviembre de 2022

Señores:

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que **NOELLY KATERINE SEPULVEDA FLOREZ** identificado(a) con cc. **1099372360** a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
Cuenta de ahorro	291-539929-14	2016/01/22	Activa

*Importante: Esta constancia sólo 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 país 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dorian Gutiérrez Correa
Gerente Corresponsales Bancarios y Autoservicios

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO **1.099.372.360**
SEPULVEDA FLOREZ

APELLIDOS
NOELLY KATERINE

NOMBRE

Noelly Katherine Sepulveda F

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-SEP-1995**

LEBRIJA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

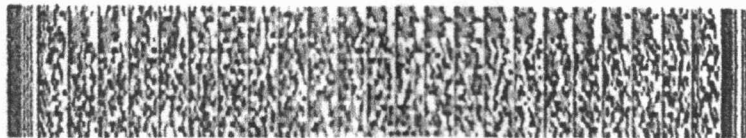
1.70
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

04-OCT-2013 LEBRIJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION


Noelly Sepulveda
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A 2712100-01091234 F-1099372360-20100605

0067194373A 1

53675403

	RESOLUCIÓN	CÓDIGO	AP-JC-RG-89
		VERSIÓN	5
		FECHA DE APROBACIÓN	22/05/2017
		PÁGINA	1 de 1

RESOLUCIÓN No. --- 02383

Por la cual se concede una autorización para el ejercicio profesional

EL SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL

En uso de las atribuciones legales y en especial las que le confiere la Resolución 8211 de 1989 y el Decreto 1875 de Agosto de 1999 y

CONSIDERANDO

Que NOELLY KATERINE SEPULVEDA FLOREZ , identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía No. 1099372360 expedida en LEBRIJA, ha solicitado la autorización del ejercicio profesional como: AUXILIAR ENFERMERIA.

TITULO que le otorgó, SENA, el 7 DE DICIEMBRE DE 2018.

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a NOELLY KATERINE SEPULVEDA FLOREZ , identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía No. 1099372360 expedida en LEBRIJA, para ejercer la profesión de : AUXILIAR ENFERMERIA, en todo el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO. - La presente resolución rige a partir de la fecha de expedición.

COMUNÍQUESE Y CUMPLASE,

27 FEB 2019

LUIS ALEJANDRO RIVERO OSORIO
secretario de Salud Departamental



En República de Colombia
y en su nombre el

Colegio Integrado Nuestra Señora de las Mercedes

Lebrija - Santander

Reconocida oficialmente por la Secretaría de Educación Departamental según
Resoluciones Nos. 0504 del 9 de octubre de 1998, 07061 del 22 de agosto
de 2003 y 083-14 del 17 de septiembre de 2003.

Confiere a

Noelly Katherine Sepúlveda Flórez

Identificado(a) con C.C. No. 1.099.372.360. Expedida en Lebrija.....

El Título de

Bachiller Técnico Comercial

Por haber alcanzado y aprobado los logros de formación integral
correspondientes al Nivel de Educación Media Técnica, de acuerdo al
Proyecto Educativo Institucional - P.E.I. - del Colegio.

-Rector,



Secretaria,

Este Diploma no requiere de registro en Secretaría de Educación
(Decreto Nacional No. 021 de 1994)

Anotado en el control interno del plantel en el

Libro No. 03.....Folio No. 41..... Diploma No. 151....

Dado en Lebrija, a 06 de Diciembre..... del año.. 2013.

MERCEDES DE LEBRIJA
Inscripción S.E: 117 Código Dane 168406000336 Jornada Diurna

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACIÓN

En la ciudad de Lebrija a los 06 días del mes de diciembre del año 2013 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría del **COLEGIO INTEGRADO NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DE LEBRIJA**. Institución reconocida oficialmente por la Secretaria de Educación del Departamento de Santander, en el nivel de Educación Media Técnica y autorizada para otorgar el Título de Bachiller en la modalidad **TÉCNICO COMERCIAL** según Resoluciones: No. 0504 del 9 de octubre de 1998, No. 07061 del 22 de agosto de 2003 y No. 08344 del 17 de septiembre de 2003.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Técnica, se procedió a otorgar el **TITULO DE BACHILLER TECNICO COMERCIAL** al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

NOELLY KATERINE SEPÚLVEDA FLÓREZ
C.C. 1.099.372.360 DE LEBRIJA

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 95 de fecha 06 de diciembre de 2013 que consta de 156 estudiantes que comienza con el nombre de **LIZETH JURANNY ACEVEDO CAICEDO** y se cierra con el nombre de **EDNA CAROLINA VILLAMIZAR GUERRA** Firmada y sellada por el Magister **JULIO CÉSAR LAMUS GELVEZ** (Rector) y **PROFILIA SANTOS DE JAIMES** (Secretaria).

Dada en Lebrija a los 06 días del mes de diciembre de 2013.


Rector

C.C. No. 4.300.386 de Arauca


Secretaria

C.C. No. 28.160.987 de Guaca



Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

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

NOELLY KATERINE SEPULVEDA FLOREZ

Con Cedula de Ciudadania No. 1099372360

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

Título de

**TÉCNICO EN
ENFERMERIA.**

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente Título en Bucaramanga,
a los siete (7) días del mes de diciembre de dos mil dieciocho (2018)*

Firmado Digitalmente por
ALMA JOSEFA OSORIO AGUIRRE
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

ALMA JOSEFA OSORIO AGUIRRE

Subdirectora CENTRO DE SERVICIOS EMPRESARIALES Y TURÍSTICOS
REGIONAL SANTANDER

SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER

Res. No. 2383

Fecha: 27 Feb 2019

GRUPO ACREDITACIÓN EN SALUD Y SOGC

37251372-07/12/2018

No y FECHA REGISTRO



REGIONAL SANTANDER
CENTRO DE SERVICIOS EMPRESARIALES Y TURÍSTICOS

ACTA DE GRADO

No Y FECHA REGISTRO 37251372 - 07/12/2018

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CONSIDERANDO

Que: NOELLY KATERINE SEPULVEDA FLOREZ, Con Cedula de Ciudadania No. 1099372360

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

TÉCNICO EN ENFERMERIA.

En constancia de lo anterior se firma la presente en Bucaramanga, a los siete (7) días del mes de diciembre de dos mil dieciocho (2018)

Firmado Digitalmente por
ALMA JOSEFA OSORIO AGUIRRE
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

ALMA JOSEFA OSORIO AGUIRRE
Subdirectora CENTRO DE SERVICIOS EMPRESARIALES Y TURÍSTICOS
REGIONAL SANTANDER

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA



DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITO
DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
NIT No. 901541137-1

Bucaramanga 01 de enero del 2023

Señor
Suboficial De Seguridad Militar DMBUG

Asunto: entrega del ESP.

A través de la presente yo, Noelly Katherine Sepúlveda Flórez con cedula de ciudadanía N°: **1099372360** de Lebrija Santander **hago** entrega de los formatos diligenciados del ESP.

ENTREGA:

Noelly Katherine Sepúlveda Flórez
CC.: 1.099372360.

RECIBE:

SV: NELSON RAMOS
Suboficial De Seguridad Militar DMBUG

C.C. 80119540



DIRECCIÓN DE SEGURIDAD EJERCITO
DISPENSARIO MEDICO BUENAMANA
NIT N° 901841374

Buenamanga 07 de enero del 2023

Señor
Suboficial De Seguridad Militar DMBO

Autor entrega del ESP

A través de la presente yo, Jhonny Kaffel, en presencia de la familia Contarín, hago entrega de los formularios diligenciados en el N° 109937360 de la familia Contarín, para ser utilizados en el dispensario de la Suboficial De Seguridad Militar DMBO.

ENTREGA

CC: _____

RECIBI:

Suboficial De Seguridad Militar DMBO
CC: _____



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 04:07:16 PM horas del 08/11/2022, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1099372360**

Apellidos y Nombres: **SEPULVEDA FLOREZ NOELLY KATERINE**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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



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

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 martes 08 de noviembre de 2022, a las 16:08:25, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1099372360
Código de Verificación	1099372360221108160825

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.



YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

Generó: WEB

Con el Código de Verificación puede constatar la autenticidad del Certificado.
Carrera 69 No. 44-35 Piso 1. Código Postal 111071. PBX 5187000 - Bogotá D.C
Colombia Contraloría General NC, BOGOTÁ, D.C.

CGR

Página 1 de 1



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 209009073



WEB
16:09:22
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 08 de noviembre del 2022

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) NOELLY KATERINE SEPULVEDA FLOREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1099372360:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener 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. (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 ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: <http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html>



CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamento Con El Ciudadano

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.

División de Relacionamento con el Ciudadano.
Línea gratuita 018000910315; quejas@procuraduria.gov.co
Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750 ext. 13170; Bogotá D.C.
www.procuraduria.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, 08/11/2022 04:16:55 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1099372360** y Nombre: **NOELLY KATERINE SEPULVEDA FLOREZ.**

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. **45692219** . 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 Búsqueda

🖨 Imprimir

515 9000



Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 Nº 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112



El futuro es de todos
Gobierno de Colombia

ES UN
HONOR
SER POLICIA

Paola Elizabeth Perez
Suboficial de Sanidad
J. BOGOTÁ 09/12
160912

¿Dónde estoy?: Inicio | Usuarios registrados


Consulte su estado RUT.


REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO.

Por favor suministre los siguientes datos

NIT	<input type="text" value="1099372360"/>	DV	3
Primer Apellido	SEPULVEDA	Segundo Apellido	FLOREZ
Primer Nombre	NOELLY	Otros Nombres	KATERINE
Fecha Actual	11-01-2023 09:09:49		
Estado	REGISTRO ACTIVO		

Registro Activo: Corresponde a los NIT que se encuentran vigentes en la base de datos de la DIAN.







Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

Id de página: 14001307 Ayuda ?

Última

Escritorio

OPORTUNIDADES RECIENTES

No se han encontrado

0

0

0

0

0

Suscripciones

En edición

Adjudicaciones pendientes

Invitaciones directas

Nuevos informes

ÚLTIMAS OFERTAS

No se han encontrado

Sugerencias SECOP



NOTICIAS SECOP PLANILLA DE PAGOS

Se presentará Inactivación del servicio **"Consulta planilla"** por actualización técnica del servicio. Durante este tiempo la aprobación de la planilla se deberá realizar de forma manual.

Actualización registro de usuarios y proveedores
A partir del 19 de septiembre, al ingresar al SECOP II verifica que tus datos sean correctos y estén completos.

Gracias a tu ayuda **SECOP II** seguirá mejorando.

#SecopIICadaVezMejor

El Servicio de proveedor y encuentra d
Haga clic aquí para activarlo. Desactivación la c del servicio p hasta 10 min

Ya está aso una empres
Si es necesar solicitar acces empresa, pue 'Configuracio Usuario » Mis

Mensaj

Sin mens.
Más info

Oportun

Sin oport.
Más info





Afiliaciones de una Persona en el Sistema

INFORMACIÓN BÁSICA

Fecha de Corte: 2022-11-04

Número de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Sexo
CC 1098372360	NOELLY	KATERINE	SEPULVEDA	FLOREZ	F

AFILIACIÓN A SALUD

Fecha de Corte: 2022-11-04

Administradora	Régimen	Fecha Afiliación	Estado de Afiliación	Tipo de Afiliado	Departamento -> Municipio
NUEVA EPS S.A.	Contributivo	01/01/2020	Activo	COTIZANTE	LEBRIJA

AFILIACIÓN A PENSIONES

Fecha de Corte: 2022-11-04

Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación
PENSIONES: AHORRO INDIVIDUAL	SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA	2016-01-04	Inactivo

AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES

Fecha de Corte: 2022-11-04

Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Actividad Económica	Municipio Labora
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	2022-01-16	Activa	EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCIÓN MÉDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL	Bogotá, D.C.- BOGOTÁ

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA AL RUAF, CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

Ministerio de Salud y Protección Social.
Dirección: Cra. 13 # 32 - 76. Colombia, Bogotá D.C. PBX: (57-1) 330 5000, Fax: (57-1) 330 5050.



Afiliaciones de una Persona en el Sistema

RIESGOS PROFESIONALES COLMENA SA COMPANIA DE SEGUROS DE VIDA	2017-07-12 Activa	EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCIÓN MÉDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL	Santander- BUCARAMANGA
---	-------------------	---	------------------------

AFILIACIÓN A COMPENSACIÓN FAMILIAR

No se han reportado afiliaciones para esta persona

Fecha de Corte: 2022-11-04

AFILIACIÓN A CESANTIAS

No se han reportado afiliaciones para esta persona

Fecha de Corte: 2022-11-04

PENSIONADOS

No se han reportado pensiones para esta persona.

Fecha de Corte: 2022-11-04

VINCULACIÓN A PROGRAMAS DE ASISTENCIA SOCIAL

No se han reportado vinculaciones para esta persona.

Fecha de Corte: 2022-11-04

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA AL RUAF, CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

Ministerio de Salud y Protección Social.
Dirección: Cra. 13 # 32 - 76. Colombia, Bogotá D.C. PBX: (57-1) 330 5000, Fax: (57-1) 330 5050.



CERTIFICA

Que la persona relacionada a continuación, en cumplimiento a lo establecido en las normas legales vigentes, ha cotizado al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de esta Entidad Promotora de Salud las siguientes semanas de cotización:

Datos del COTIZANTE	
CC 1099372360 NOELLY KATERINE SEPULVEDA FLOREZ	
Estado Cotizante:	Vigente
Causal:	ACTIVO4
Semanas Cotizadas Nueva EPS S.A.:	4
Fecha Afiliación:	23/01/2016
Fecha Último Periodo Cotizado:	
Fecha Cancelación:	

La presente certificación se expide el día 9 de Noviembre de 2022 a solicitud del (de la) interesado(a).

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A.

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora NOELLY KATERINE SEPULVEDA FLOREZ, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1099372360, contratista de la empresa DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA, con NIT No. 901541137, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 16/01/2022 y fecha fin de contrato 31/12/2022 con riesgo 3.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202201021145351.

Esta certificación se expide a los 09 días del mes de Noviembre de 2022.

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.



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

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

NOELLY KATERINE SEPULVEDA FLOREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.099.372.360**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 9 de Noviembre del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
GRUPO DE TALENTO HUMANO

Formato Acta de compromiso acatamiento normas de bioseguridad

DIGSA

Código: MDN-COGFM-PROATH-DIGSA-FU.95.1-91 V1

Proceso: Administración del Talento Humano – Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo

Fecha: 11-01-2023 Acta No. 2023329000401743

ESM: DMBUG

Sección: ATENCIÓN AL USUARIO

Tipo Vinculación: PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA OFICINA ATENCIÓN AL USUARIO

Yo: **NOELLY KATHERINE SEPULVEDA FLOREZ** Identificado(a) con **C.C._1.099.372.360** de Lebrija me comprometo a dar cumplimiento a las normas de Bioseguridad en el desarrollo de las actividades propias de mi trabajo, utilizando los elementos de **protección** personal (EPP), e informar y/o reportar todo accidente de trabajo por riesgo biológico que se pueda presentar, dentro del tiempo establecido por la normatividad legal vigente.

NORMAS DE BIOSEGURIDAD:

- Todas las personas que laboran en el área deben conocer los riesgos a los cuales se encuentran expuestos y reportar o informar oportunamente sobre cualquier condición insegura.
- Todos los trabajadores que participen en un procedimiento invasor deben evitar el contacto de su piel o mucosas con la sangre o líquidos corporales del paciente mediante Elementos de Protección Personal como: guantes, mascarillas, protectores oculares o faciales, batas entre otros.
- Durante todo procedimiento se debe observar estricto cuidado en la técnica del mismo y evitar la entrega a ciegas de instrumentos corto punzante, tales como hojas de bisturí y agujas.
- Se deben conservar siempre las precauciones universales, las cuales se presentan en el Antes y después de cada procedimiento con pacientes se deberá realizar el lavado de manos.
- No deben consumirse bebidas o comidas con los guantes puestos, ni en áreas de trabajo.
- Al observar un acto inseguro por parte de un compañero debe realizarse la observación directa con el fin que estos actos sean corregidos.
- **Nunca se debe re enfundar una aguja** para desecharla, se deben utilizar los recipientes para corto punzantes o guardianes; en caso de requerirse colocarle la funda al elemento corto punzantes se deberá utilizar la técnica de **UNA SOLA MANO**.
- No guardar alimentos en las neveras ni en los equipos de refrigeración de sustancias contaminantes o químicos.
- Abstenerse de tocar con las manos enguantadas alguna parte de su cuerpo y de manipular objetos diferentes a los requeridos durante el procedimiento
- Utilizar la mascarilla y protectores oculares durante procedimientos que puedan generar salpicaduras o gotitas, aerosoles de sangre u otros líquidos corporales.
- Usar delantal en aquellos procedimientos en que se esperen salpicaduras, aerosoles o derrames importantes de sangre u otros líquidos orgánicos.
- No deambular con los elementos de protección personal fuera de su área de trabajo.
- Mantener lugar seguro y de fácil acceso.
- Si presenta alguna herida, por pequeña que sea debe estar cubierta.



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
GRUPO DE TALENTO HUMANO

Formato Acta de compromiso acatamiento normas de bioseguridad

DIGSA

Código: MDN-COGFM-PROATH-DIGSA-FU.95.1-91 V1

Proceso: Administración del Talento Humano – Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo

- Mantener actualizado su esquema de vacunación especialmente contra Hepatitis B.
- Utilizar las técnicas correctas en la realización de todo procedimiento.
- Manejar con estricta precaución los elementos corto punzante y desecharlos en los guardianes ubicados en cada servicio.
- No cambie elementos corto punzantes de un recipiente a otro.
- Lavado las manos antes y después de cada procedimiento e igualmente si se tiene de contacto con material patógeno.
- Las gafas de seguridad, respiradores y caretas deben permanecer guardadas en su empaque original.
- Los Elementos de protección personal son de uso personal e intransferible.
- La ropa de trabajo (bata, uniforme, etc.) deben ser lavados por separado.

Todos los pacientes y sus fluidos corporales independientemente del diagnóstico de ingreso o motivo por el cuál haya entrado al dispensario deberán ser considerados como potencialmente infectantes y se debe tomar las precauciones necesarias para prevenir que ocurra una transmisión.

Es obligación del trabajador informar a su superior inmediato la ocurrencia de un accidente de trabajo en el momento que este suceda. Este debe ser reportado a la ARL y la DISAN dentro de los dos días hábiles siguientes (48 horas) de ocurrido el accidente de trabajo.

Me comprometo a dar cumplimiento por escrito a lo que aquí contenido siendo conocedor de los riesgos biológicos a las cuales estoy expuesto.

En constancia firman:

Noelly Katherine Sepulveda Flores

Firma Trabajador y/o Funcionario

cc. 1.099372360 De Leonor Santander.

NEILSON JARAS

Firma Líder de SST del centro de trabajo de la DGSM/DISAN/ESM

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud
certifica que:

Noely Katerine Sepulveda Florez

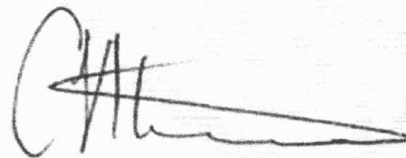
ha participado y aprobado el Curso Virtual
Precauciones básicas: higiene de manos (COVID-19)

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

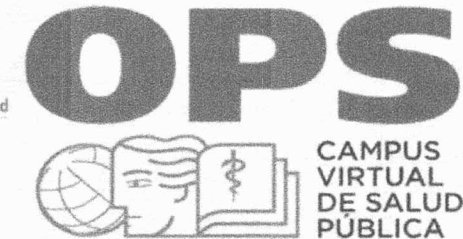
Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

9 de noviembre de 2022

Horas: 1



Dra. Carissa F. Etienne
Directora



**CERTIFICADO MEDICO DE PREINGRESO
 OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR**



INFORMACIÓN BÁSICA

Empresa: INDEPENDIENTE	Fecha de Nac.: 11/09/1995	Edad.: 27
Nombre: NOELLY KATERINE SEPULVEDA FLOREZ	Documento: C.C. 1099372360	Escolaridad: TÉCNICO
Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA	Actividad Económica: NULL	Genero: FEMENINO
Estado Civil: SOLTERO	Dirección: CARRERA8E#7-22	AFP: NO REFIERE
Municipio: LEBRIJA	Teléfono: 3002596021	IMC: 33,31
EPS: NUEVA E.P.S.	ARL: NO REFIERE	

EXAMENES REALIZADOS

Servicio	Fecha	Resultado	Restriccion
AUDIOMETRIA	06/09/2021	Normal	
TEST PSICOTECNICO	06/09/2021	Normal	
VISIOMETRIA	06/09/2021	Normal con restricciones	apto con restriccion valoración con optometria para definir rx optica
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PREINGRESO CON ÉNFASIS OSTE	06/09/2021	Normal	N/A

CONCEPTO MEDICO

SATISFACTORIO PARA INGRESO

RECOMENDACIONES

Higiene Postural
 Usar Elementos de Protección Personal
 pausas activas
 Continuar en la EPS evaluacion y plan de manejo de su patologia de origen comun
 Optometría: se recomienda valoración de optometria para definir rx para su ocupación
 Psicología: FAVORABLE
 Fonoaudiología:

OBSERVACIONES FINALES

Paciente quien no presenta restricciones según resolución 223 del 2021.
 No presenta síntomas respiratorios, no se evidencia hallazgos asociados a infección por COVID 19 ni enfermedad respiratoria aguda.

RESTRICCIONES

Tipo de restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Tiempo
---------------------	--	--------

N/A

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

VACUNA COVID-19

N/A

REMISIONES

N/A

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos 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 presiones 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 paraclínico 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. Y así mismo AUTORIZO a OCUPASALUD S.A.S. a realizar la evaluación de salud.

Puedes validar este examen en
<https://www.ocupasalud.com> con el siguiente codigo:
LOHHSJ2S60292790

Noelly Katherine Sep

NOELLY KATERINE SEPULVEDA FLOREZ
(1099372360)

Tatiana Prada J.
Dra. Tatiana Prada Galvan
Médico General BM 6767
Esp. Salud Ocupacional
Médico 10912

DRA. TATIANA PRADA GALVAN
Especialista en Salud Ocupacional
6757 / 1098620182

Puedes validar este examen en
<https://www.ocupasalud.com> con el siguiente código:
LOHHSJ2S60292790

1911

1911

1911

1911

1911

1911

1911

1911

1911

1911

1911

1911

1911

1911

NIT 900454102-6

**CERTIFICADO MEDICO SALUD OCUPACIONAL
VISIOMETRIA**



Empresa: INDEPENDIENTE
Nombre y Apellido: NOELLY KATERINE SEPULVEDA FLOREZ
C.C.: 1099372360 **Fecha de Nac.:** 11/09/1995
Edad.: 27 **Genero:** FEMENINO
Dirección: CARRERA8E#7-22
Estado Civil: SOLTERO **Departamento:** SANTANDER
Municipio: LEBRIJA **Teléfono:** 3002596021
Escolaridad: TÉCNICO **Cargo:** AUXILIAR DE ENFERME
EPS: NUEVA E.P.S. **ARL:** NO REFIERE
AFP: NO REFIERE

Antecedentes ocupacionales Si No

Personales	Si	No	Oculares	Si	No
Hipertensión arterial	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cefalea	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trauma craneoencefálico	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipoglicemia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toxoplasmosis	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hipotiroidismo controlado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Cirugía Ocular	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Queratocono	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Glaucoma	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Catarata	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Renitopatía	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Desprendimiento retina	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Ambliopía	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Estrabismo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Signos y síntomas

no reporta

Usa corrección óptica:

Si No

Tipo:

Agudeza visual

Sin corrección

Con corrección

Estado y motor cromático

Lejos Cerca

Lejos Cerca

Cover Test

Lejos: ortho

Cerca: ortho

Ojo Derecho: 20/40 20/20

20/0 20/0

Oftalmoscopia

OD: normal

OI: normal

Ojo Izquierdo: 20/40 20/20

20/0 20/0

Vision Cromática normal

Examen externo

Resequedad ocular	No presenta	Ptosis palpebral	No presenta	Pterigión	No presenta
Inyeccion conjuntival	No presenta	Edema palpebral	No presenta	Secreción	No presenta
Hiperemia conjuntival	No presenta	Pinguécula	No presenta	Blefaritis	No presenta

Otros:

Diagnóstico

Aparentemente sano	No presenta	Emetropía	No presenta	Defecto refractivo	Ambos Ojos
Posible alteración ocular	No presenta	Problema de motilidad	No presenta	Presbicia	No presenta

Interpretación

Requiere utilizar corrección óptica

Valoración por Optometría

No requiere corrección óptica

Control en un año

Problema de refraccion no corregido

Control en seis meses

Problema de refracción corregido

No requiere corrección óptica

Problema de refracción inadecuadamente corregido

Ejercicio regular 5 veces a la semana

Otras:



1900

1901

1902

1903

1904

1905

1906

1907

1908

1909

1910

1911

1912

1913

1914

1915

1916

1917

1918

1919

1920

1921

1922

1923

1924

1925

1926

1927

1928

1929

1930

1931

1932

1933

1934

1935

1936

1937

1938

1939

1940

1941

1942

1943

1944

1945

1946

1947

1948

1949

1950

Observaciones

se recomienda valoración de optometria para definir rx para su ocupación

Resultado

Normal con restricciones

Restricciones

apto con restricción valoración con optometria para definir rx óptica


Melanie Rivera
C.O. Optómetros U.S.A.
C.R. N.º 100037849

Noelly Katherine Sep

NOELLY KATERINE SEPULVEDA FLOREZ
(1099372360)

MELANIE RIVERA

- El trabajador recibió orientación médica sobre las recomendaciones necesarias para prevenir probables efectos en la salud relacionados o asociados con los riesgos ocupacionales propios de su cargo.
- 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. y así mismo AUTORIZO a OCUPASALUD S.A.S. a relajar la evaluación de salud.

Amplivox Audibase 5.3 Patient Record

Patient No: 1.099.372.360
Surname: Noelly
Forename: Sepulveda Florez
Posn/Rank: -
Dept/Unit: -
Company: -
Location: -
Date of Birth: 11/09/1995
Sex: Female
Status: -
Leaving Reason: -

Address:

-
-
-
-
-

Date Joined:

Date Left:

Length of Service: n/a

Test Type: Upload
Date of Test: 06/09/2021
Time of Test: 15:58:44
Previous: -
Examiner: -
Serial no: 23599
Calibrated: 10/12/2020
Recall Date: 06/09/2023
Baseline:

F1: -

F2: -

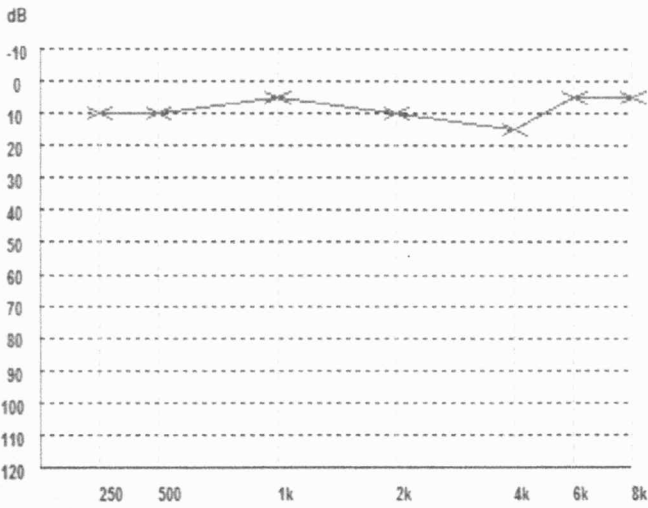
F3: -

Categorisation:

Left Ear

125 250 500 750 1k 1.5k 2k 3k 4k 6k 8k

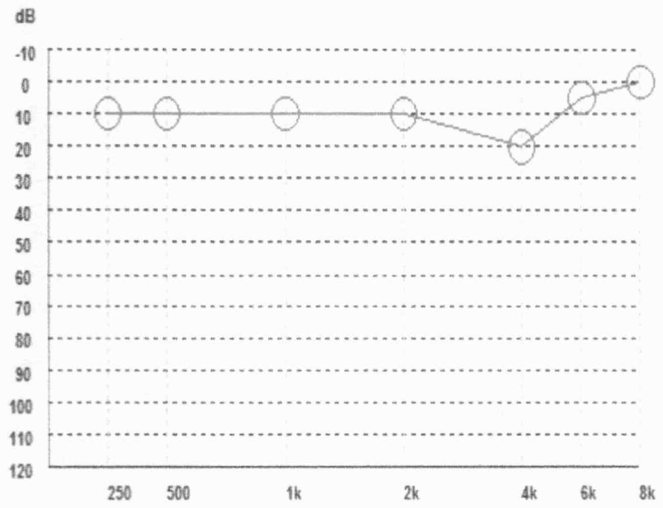
Prev.											
Cur.	10	10	5		10	15	5	5			



Right Ear

125 250 500 750 1k 1.5k 2k 3k 4k 6k 8k

Prev.											
Cur.	10	10	10		10	20	5	0			



Notes: --PTA: O.I: 8.3 dB O.D: 10 dB
 -OTOSCOPIA: CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO DESPEJADO, MEMBRANA TIMPANICA INTEGRAL BILATERAL
 AUDICION DENTRO DE LOS LIMITES DE NORMALIDAD BILATERAL

Patient No: 1.099.372.360
Surname: Noelly
Forename: Sepulveda Florez
Posn/Rank: -
Dept/Unit: -
Company: -
Location: -
Date of Birth: 11/09/1995
Sex: Female
Status: -
Leaving Reason: -

Address:

-
-
-
-
-

Date Joined:

Date Left:

Length of Service: n/a

Test Type: Upload
Date of Test: 06/09/2021
Time of Test: 15:58:44
Previous: -
Examiner: -
Serial no: 23599
Calibrated: 10/12/2020
Recall Date: 06/09/2023
Baseline:

F1: -

F2: -

F3: -

Categorisation:

Questionnaire:



NOELLY KATERINE SEPULVEDA FLOREZ

INFORMACIÓN USUARIO

Fecha de nacimiento

11/09/1995 00:00

Edad

27 años, 1 mes y 29 días

REALIZAR SEGUIMIENTO

Motivo de Priorización

Sin motivo

A continuación, usted puede realizar el registro y actualización de las dosis aplicadas para cada usuario.

Seleccione el rango de edad

Historico completo

x -

Esquema PAI

Esquema PAI adicional

Esquema particular

Resultados Obtenidos: 60

Número de resultados por página:

60 -

Acciones	Edad	Estado biológico	Biológico	Dosis	Fecha de aplicación
REGISTRO	6 meses	Dosis por aplicar	Sarampión - Rubéola	Adicional	
REGISTRO	Sin rango de edad	Dosis por aplicar	Antirrábica Humana Intradérmic	Primera	
REGISTRO	Sin rango de edad	Dosis por aplicar	Antirrábica Humana Intradérmic	Segunda	
REGISTRO	Sin rango de edad	Dosis por aplicar	Antirrábica Humana Intradérmic	Tercera	
REGISTRO	Sin rango de edad	Dosis por aplicar	Antirrábica Humana Intradérmic	Cuarta	
REGISTRO	Sin rango de edad	Dosis por aplicar	Antirrábica Humana Intradérmic	Cuarta	
REGISTRO	Sin rango de edad	Dosis por aplicar	Antirrábica Humana Intramuscul	Primera	
REGISTRO	Sin rango de edad	Dosis por aplicar	Antirrábica Humana Intramuscul	Primera	
REGISTRO	Sin rango de edad	Dosis por aplicar	Antirrábica Humana Intramuscul	Primera	
REGISTRO	Sin rango de edad	Dosis por aplicar	Antirrábica Humana Intramuscul	Segunda	
REGISTRO	Sin rango de edad	Dosis por aplicar	Antirrábica Humana Intramuscul	Segunda	

OK Vacunas.
SST Maureen Badillo
11/01/2022

1912

1913

1914

1915

1916

1917



1918

1919

1920

1921

1922

1923

1924

1925

1926

1927

1928

1929

1930

1931

1932

1933

1934

1935

1936

1937

1938

1939

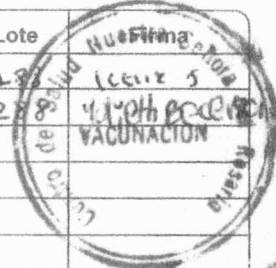

1940

<u>REGISTRO</u>	Sin rango de edad	Dosis por aplicar	Antirrábica Humana Intramuscul	Segunda	
<u>REGISTRO</u>	Sin rango de edad	Dosis por aplicar	Antirrábica Humana Intramuscul	Tercera	
<u>REGISTRO</u>	Sin rango de edad	Dosis por aplicar	Antirrábica Humana Intramuscul	Tercera	
<u>REGISTRO</u>	Sin rango de edad	Dosis por aplicar	Antirrábica Humana Intramuscul	Cuarta	
<u>REGISTRO</u>	Sin rango de edad	Dosis por aplicar	Antitoxina Difterica	Unica	
<u>REGISTRO</u>	Sin rango de edad	Dosis por aplicar	Antitoxina Tetanica	Unica	
<u>DETALLE</u>	Sin rango de edad	Similar ya aplicado	COVID ASTRAZENECA	Primera	11/06/2021
<u>DETALLE</u>	Sin rango de edad	Similar ya aplicado	COVID ASTRAZENECA	Segunda	09/07/2021
<u>DETALLE</u>	Sin rango de edad	Aplicada	COVID ASTRAZENECA	Primer Refuerzo	04/02/2022
<u>DETALLE</u>	Sin rango de edad	Similar ya aplicado	COVID ASTRAZENECA	Segundo Refuerzo	26/08/2022
<u>DETALLE</u>	Sin rango de edad	Similar ya aplicado	COVID JANSSEN	�nica	09/07/2021
<u>REGISTRO</u>	Sin rango de edad	Dosis por aplicar	COVID JANSSEN	Segunda	
<u>DETALLE</u>	Sin rango de edad	Similar ya aplicado	COVID JANSSEN	Primer Refuerzo	04/02/2022
<u>DETALLE</u>	Sin rango de edad	Similar ya aplicado	COVID JANSSEN	Segundo Refuerzo	26/08/2022
<u>DETALLE</u>	Sin rango de edad	Similar ya aplicado	COVID MODERNA	Primera	11/06/2021
<u>DETALLE</u>	Sin rango de edad	Similar ya aplicado	COVID MODERNA	Segunda	09/07/2021
<u>DETALLE</u>	Sin rango de edad	Similar ya aplicado	COVID MODERNA	Primer Refuerzo	04/02/2022
<u>DETALLE</u>	Sin rango de edad	Similar ya aplicado	COVID MODERNA	Segundo Refuerzo	26/08/2022
<u>DETALLE</u>	Sin rango de edad	Similar ya aplicado	COVID PFIZER	Primera	11/06/2021
<u>DETALLE</u>	Sin rango de edad	Similar ya aplicado	COVID PFIZER	Segunda	09/07/2021
<u>DETALLE</u>	Sin rango de edad	Similar ya aplicado	COVID PFIZER	Primer Refuerzo	04/02/2022

<u>DETALLE</u>	Sin rango de edad	Aplicada	COVID PFIZER	Segundo Refuerzo	26/08/2022
<u>DETALLE</u>	Sin rango de edad	Aplicada	COVID Sinovac	Primera	11/06/2021
<u>DETALLE</u>	Sin rango de edad	Aplicada	COVID Sinovac	Segunda	09/07/2021
<u>DETALLE</u>	Sin rango de edad	Similar ya aplicado	COVID Sinovac	Primer Refuerzo	04/02/2022
<u>DETALLE</u>	Sin rango de edad	Similar ya aplicado	COVID Sinovac	Segundo Refuerzo	26/08/2022
<u>REGISTRO</u>	Sin rango de edad	Dosis por aplicar	Hepatitis A Adultos	Primera	
<u>REGISTRO</u>	Sin rango de edad	Dosis por aplicar	Hepatitis A Adultos	Segunda	
<u>REGISTRO</u>	Sin rango de edad	Dosis por aplicar	Hepatitis B Adultos	Primera	
<u>REGISTRO</u>	Sin rango de edad	Dosis por aplicar	Hepatitis B Adultos	Segunda	
<u>REGISTRO</u>	Sin rango de edad	Dosis por aplicar	Hepatitis B Adultos	Tercera	
<u>REGISTRO</u>	Sin rango de edad	Dosis por aplicar	Hepatitis B Adultos	Refuerzo	
<u>REGISTRO</u>	Sin rango de edad	Dosis por aplicar	Influenza Adultos	Anual	
<u>REGISTRO</u>	Sin rango de edad	Dosis por aplicar	Inmunoglobulina Antihepatitis B	Única	
<u>REGISTRO</u>	Sin rango de edad	Dosis por aplicar	Inmunoglobulina Antidifterica	Única	
<u>REGISTRO</u>	Sin rango de edad	Dosis por aplicar	Inmunoglobulina Antirrábica Hu	Única	
<u>REGISTRO</u>	Sin rango de edad	Dosis por aplicar	Inmunoglobulina Antitetánica	Única	
<u>REGISTRO</u>	Sin rango de edad	Dosis por aplicar	Meningococo tetravalente ACY	Primera	
<u>REGISTRO</u>	Sin rango de edad	Dosis por aplicar	Meningococo tetravalente ACY	Segunda	
<u>REGISTRO</u>	Sin rango de edad	Dosis por aplicar	Meningococo tetravalente ACY	Refuerzo	
<u>REGISTRO</u>	Sin rango de edad	Dosis por aplicar	Suero Antirrábico	Única	

<u>REGISTRO</u>	Sin rango de edad	Dosis por aplicar	TD Adulto	Primera	
<u>DETALLE</u>	Sin rango de edad	Aplicada	TD Adulto	Segunda	26/07/2022
<u>REGISTRO</u>	Sin rango de edad	Dosis por aplicar	TD Adulto	Tercera	
<u>REGISTRO</u>	Sin rango de edad	Dosis por aplicar	TD Adulto	Cuarta	
<u>REGISTRO</u>	Sin rango de edad	Dosis por aplicar	TD Adulto	Quinta	
<u>REGISTRO</u>	Sin rango de edad	Dosis por aplicar	TD Adulto	Primer Refuerzo	
<u>REGISTRO</u>	Sin rango de edad	Dosis por aplicar	TD Adulto	Segundo Refuerzo	
<u>REGISTRO</u>	Sin rango de edad	Dosis por aplicar	Tdap Acelular Gestantes	Anual	

Vacuna	Dosis	Fecha	Lote	Firma
Hepatitis A				
Triple Viral		CIARD 07 JUN. 2019	RECIFE VISA	OVS Ag
Neumococo				
D.P.T.A. Celular				
Fiebre Amarilla	Única	7 JUN 2019	Sanofi P3G731V	antonia
Otros		PEZO HB R 07 JUN. 2019	CIARD VISA	OVS Ag

Vacuna	Dosis	Fecha	Lote	Firma
Toxoide Tetánico Diftérico (Td)	1	15-2-18	D228	
	2	25-04-17	D228	
	3	25 agosto 18		
Varicela				
Hepatitis B	1	02 FEB 2017	1434026	
	2	03 MAR 2017		
	3	22 JUN 2017	AMVICUSA4410	
Influenza				
Fiebre Tifoidea				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única	19/11/21	0129W237	Yenny Rodríguez
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	19/11/21	0100312087	Yenny Rodríguez
Otras		19/11/2022		proxima cita

Priorix™

1 dosis (0.5 ml)
1 dose for reconstitution
1 dose for reconstitution

Messles, mumps and rubella vaccine
Vaccin contre la rougeole, les oreillons et
la rubéole
Vaccin contre le sarampión, la parotiditis
y la rubéola
Paragrafts: 2°C - 8°C
Do not freeze! Ne pas congeler!
No congelar
GSK Biologicals s.a. Rixensart - Belgium

08-2018
07-2020

1 ml - 1 dosis
VACUNA DE LA HEPATITIS B (rADN)
(Adultos)

1 dosis = 1 ml 20 mcg de antígeno superficial purificado
de la Hepatitis B
Dosis: 1 ml por inyección intramuscular
AGITAR BIEN ANTES DE USO
Conservar a 2- 8°C NO SE CONGEELE
Cumple con los requisitos de la O.M.S.
Fabricada por: NIIM DE MATRICIA DE FABR. 110
SERUM INSTITUTE OF INDIA PVT. LTD.
21/22, Hattisar, Pune 411 028, INDIA

LOTE: 0348Y015C
EXP: JUL 2021

USTED
HA TOMADO UNA
CISIÓN INTELIGENTE
CIENDOSE INMUNIZAR
NTRA ENFERMEDADES
INFECCIOSAS

Engerix™ -B

08-2018
07-2018

ACIONES...

VACUSALUD

Tel. 645 7363 - 315 6650583 Cel: 3123620784
Calle 54N° 31-29 Cabecera
BUCARAMANGA - COLOMBIA
CARNET DE VACUNACIÓN

Nombre: *Noelly Katherine*
Apellido: *Sepulveda*
Documento
de identidad: C.C. T.I. *1099372360*
Fecha de
Nacimiento: Día *11* Mes *09* Año *95* Rh *0+*

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

Consérvelo


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

La salud es de todos




Certificado de vacunación del adulto

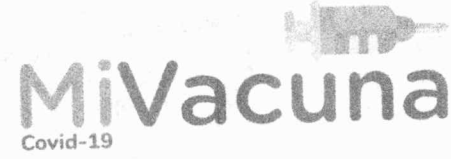
Nombres: *Noelly Katherine*
Apellidos: *Sepulveda florez*
Documento
de identidad: C.C. T.I. Pasaporte No. *1099372360*
Fecha de
nacimiento: Día *09* Mes *11* Año *1995*

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	11-06/21	SINOVAC <small>COVID-19 Vaccine (Vero Cell), Inactivated Administration: Intramuscular Store at 2-8°C (36-46°F). Do not freeze. and protect from light. Do not shake. SINOVAQ LIFE SCIENCES CO., LTD.</small>	C202104054 2024 04 12		Leidy Katherine Celis Castro Auxiliar de Enfermería C.C. 1099373188	
	2	09/09/21	SINOVAC	202104054		Leidy Katherine Celis Castro Auxiliar de Enfermería C.C. 1099373188	
		04-02 2022	ASTRAZENECA	NMO 219	DMBUG	Silvia M. Ballesteros C. Auxiliar de Enfermería TP: 01 424-99 C.C. 68395705	

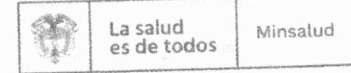
Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftrérico (Td)	1	24-06-22	23301021C LORENA B	
	2	26-07-22	23301021C AURAL	
	3		26-01-2023	
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	24-06-22	US0221005 LORENA B	
Otras				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	R2	26-8-22	Pfizer	PCA0076	DMBUG	 Karolay Soto Auxiliar Enfermería T.P 16407	
	2						

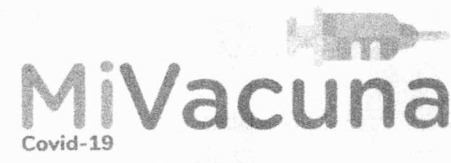


www.minsalud.gov.co



Certificado de vacunación

Nombres: NOELLY KATERINE
Apellidos: SEPULVEDA FLOREZ
Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte PEP otro cuál:
No. 1 099.372.360
Fecha de nacimiento: Día 11 Mes 09 Año 1995



www.minsalud.gov.co



Certificado de vacunación

Nombres: Noelly Katerine
Apellidos: Sepulveda Florez
Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte PEP otro cuál:
No. 1099-372360.
Fecha de nacimiento: Día 11 Mes 09 Año 1995

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Noelly Katerine
Apellidos: Sepulveda Florez.
Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte No. 1099372360
Fecha de nacimiento: Día 11 Mes 09 Año 1995



Consérvelo

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.
Consérvelo
En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.
La salud es de todos

ReTHUS

A continuación se presenta la información de su registro en ReTHUS.

Datos Personales y de identificación:

Fecha de Consulta : 2022-11-09--12:33:20 PM

Tipo de Identificación : CC **Número de Identificación : 1099372360** **Primer Apellido: SEPULVEDA**

Segundo Apellido: FLOREZ **Primer Nombre: NOELLY** **SegundoNombre: KATERINE**

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
AUX	1-Local	TÉCNICO ENFERMERIA	2019-02-27	DTS DEPARTAMENTO DE SANTANDER

Información Sanciones

No reporta sanciones ético disciplinarias impuestas por los tribunales de las respectivas profesiones.

NOTA: Esta no es una certificación, sino la presentación de la información reportada por las entidades obligadas de acuerdo a la Resolución 3030 de 2014.

La información dispuesta en esta consulta 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.).

Para mayor información le invitamos a consultar el [ABECÉ del ReTHUS](#).

Cerrar

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJÉRCITO NACIONAL



DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITO

G. DATOS GENERALES

Quien suscribe: NOELLY KATERINE SEPULVEDA FLOREZ, mayor de edad, de Nacionalidad COLOMBIANA, de este domicilio, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1.099.372.360, actuando en nombre propio.

Declaro bajo la gravedad de juramento que la información que se consigna a continuación es real y autorizo para que el Ministerio de Defensa - Ejército Nacional bajo cualquier medio legal corrobore la veracidad de la misma:

Nombre Completo	NOELLY KATERINE SEPULVEDA FLOREZ
Cédula de Ciudadanía	CC: 1.099.372.360
Pregrado - Universidad	TECNICO EN ENFERMERIA -SENA
Posgrado - Universidad	
Hace parte reserva activa	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
	Indique causal de retiro
	<input type="checkbox"/> Solicitud propia
	<input type="checkbox"/> Por cumplir dos (2) años en Grado de General, Almirante o General del Aire.
	<input type="checkbox"/> Por llamamiento a calificar servicios.
	<input type="checkbox"/> Por sobrepasar la edad correspondiente al grado.
	<input type="checkbox"/> Por disminución de la capacidad psicofísica para la actividad militar.
	<input type="checkbox"/> Por inasistencia al servicio sin causa justificada de acuerdo con el tiempo previsto en el Código Penal Militar para

	<p>el delito de abandonamiento del servicio.</p> <p><input type="checkbox"/> Por incapacidad profesional.</p> <p><input type="checkbox"/> Por retiro discrecional.</p> <p><input type="checkbox"/> Por no superar el periodo de prueba.</p> <p>Número y fecha del acto administrativo mediante el cual pasa a ser parte de la reserva activa.</p> <p>Número y fecha del acto administrativo mediante el cual se le liquida y reconoce la asignación de retiro.</p> <p>SI</p> <p>NO X</p>
Experiencia específica (relacionada con el objeto contractual). Los certificados deben estar en la plataforma SIGEP	<p>Contratante DISAN</p> <p>Objeto contractual LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS EN CIENCIAS DE LA SALUD (AUXILIAR ENFERMERÍA) EN LA SECCIÓN ATENCIÓN AL USUARIO QUE REQUIERE EL DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA. Vigencia 11.5 MESES</p>
Dirección de residencia (indicar ciudad)	Carrera 8e -7-22 BRISAS DECAMPOALAGRE
Teléfono fijo - Teléfono celular	3005296021
Entidad bancaria y No. De la cuenta Bancaria (indicar si es ahorros - corriente).	Entidad Bancaria: BANCOLOMBIA No. de Cuenta: 291-539929-14 Ahorros <input checked="" type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/>
Teléfono fijo - teléfono celular	Tel. Fijo: N/A Tel. Celular: 3002596021
Correos electrónicos en los que recibo cualquier comunicación oficial emanada del Ejército.	kahasepulveda@gmail.com
Contratos vigentes de prestación de servicios (indique entidad - objeto - plazo de vigencia - Vlr. Total contratado)	<p>Contratista</p> <p>DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITO NIT 901541137-1</p> <p>No. de Contrato: 036</p> <p>Objeto: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE</p>

	<p>ENFERMERIA CON DESTINO AL SERVICIO DE ENFERMERIA DEL DMBUG</p> <p>Plazo: Desde enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022.</p> <p>Vlr. Total Contrato: 14.375.000</p>
Otros contratos vigentes (laboral - labor - aprendizaje - ocasional de trabajo - otros)	<p>Tipo de contrato</p> <p>Objeto</p> <p>Plazo</p> <p>Vlr. Total contrato</p>
Otros contratos vigentes (laboral - labor - aprendizaje - ocasional de trabajo - otros)	<p>Tipo de contrato</p> <p>No. de contrato objeto</p> <p>Plazo</p> <p>Vlr. Total contratado</p>
Pertenezco al régimen tributario	<p>Común__</p> <p>Simplificado_X_</p>
Régimen de excepción	<p>NOTA 1: APLICA__ NO APLICA__</p> <p>Pertenece a regímenes excepción razón por la cual debe cancelar los aportes correspondientes a salud al Ministerio de Protección Social - Fondo de Solidaridad y Garantías (FOSYGA), en las condiciones establecidas por esta entidad.</p>
Pago de pensión	<p>NOTA 2: APLICA__ NO APLICA__</p> <p>El (la) suscrita bajo la gravedad de juramento informa que, de acuerdo a la circular externa 0032 del 23 de mayo de 2007 del Ministerio de Salud y la Protección Social y el artículo 61 de la Ley 100 de 1993 se encuentra exceptuado de cotizar a pensión, toda vez que: (en caso de aplicar, señalar con "X", la excepción que aplique)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca ha cotizado en materia pensional y cuenta con 50 años de edad o más, si se es mujer, o 55 años de edad o más, si se es hombre. ____ 2. Se encuentra pensionado por invalidez por el Instituto Seguros Sociales o por cualquier Fondo, Caja o Entidad del sector público o recibió la indemnización sustitutiva de la pensión de vejez o de invalidez por riesgo común (esta excepción no aplica en caso que la invalidez hubiere cesado o desaparecido, en virtud de los programas de readaptación y rehabilitación por parte del Instituto) ____ <p>(Adjuntar acto administrativo)</p>

Estado civil	SOLTERA
Datos cónyuge o compañero permanente: Nombre completo - identificación - empresa o entidad con la cual labora o presta sus servicios - aclare si labora con el MINISTERIO DE DEFENSA - EJC - FAC - ARMADA NACIONAL - Entidad adscrita o vinculada a MINDEFENSA y bajo que condición.	Empresa - entidad en la cual labora o presta servicios - NIT - tel. contacto Es militar o civil vinculado bajo cualquier modalidad al MINISTERIO DE DEFENSA - EJC - FAC - ARMADA NACIONAL - Entidad adscrita o vinculada al MINDEFENSA: SI <input type="checkbox"/> Especifique: NO <input type="checkbox"/>
No. De hijos - nombre - identificación	No. de hijos 0
Tiene familiares que pertenecen al MINISTERIO DE DEFENSA - EJC - FAC - ARMADA NACIONAL - Entidad adscrita o vinculada a MINDEFENSA	NO
Inhabilidades e incompatibilidades.	Me encuentro incurso en alguna causal de inhabilidad e incompatibilidad Constitucional o legal: SI <input type="checkbox"/> Especifique: NO <input checked="" type="checkbox"/>

Nombre Completo: NOELLY KATERINE SEPULVEDA FLOREZ
Identificación: 1.099.372.360 LEBRIJA - Santander

Firma: Noelly Katherine Sepulveda Florez ✓

ESTADO CIVIL

¿Tiene hijos o hijos adoptivos?

¿Tiene familiares que dependan de él?

¿Tiene algún otro vínculo familiar?

¿Tiene algún otro vínculo familiar?

¿Tiene algún otro vínculo familiar?

¿Tiene algún otro vínculo familiar?

¿Tiene algún otro vínculo familiar?

Estado civil

¿Tiene hijos o hijos adoptivos?

¿Tiene familiares que dependan de él?

¿Tiene algún otro vínculo familiar?

¿Tiene algún otro vínculo familiar?

¿Tiene algún otro vínculo familiar?

¿Tiene algún otro vínculo familiar?

¿Tiene algún otro vínculo familiar?

Nombre completo

Identificación

Nombre completo

Identificación

¿Tiene algún otro vínculo familiar?

¿Tiene algún otro vínculo familiar?

¿Tiene algún otro vínculo familiar?

¿Tiene algún otro vínculo familiar?

¿Tiene algún otro vínculo familiar?

¿Tiene algún otro vínculo familiar?

¿Tiene algún otro vínculo familiar?

¿Tiene algún otro vínculo familiar?

¿Tiene algún otro vínculo familiar?

¿Tiene algún otro vínculo familiar?

¿Tiene algún otro vínculo familiar?

¿Tiene algún otro vínculo familiar?

CONFIDENCIAL

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJERCITO NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD



FORMATO DE ENTREVISTA ESTRUCTURADA O.P.S

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha Diciembre 21 de 2022

YO: Noelly Katherine Sepulveda Florez, identificado-a con CC. 1.099.372.360 de Lebrija Santander. Me presento de forma libre, espontanea para ser evaluado-a por el área de salud mental (psicología) del ESM DMBUS, para el proceso de selección de la vacante UX-ENFERMERA. Doy mi consentimiento, de mi libre voluntad y sin ser presionado-a de ninguna manera, para responder las preguntas propias de la evaluación, autorizo al profesional de registrar la información requerida y emitir el concepto profesional de Salud Mental. Consiente de los principios de biótica y deontología, y en confidencialidad, privacidad y reserva de la información, los cuales se me han explicado suficientemente.

FIRMA Noelly Katherine Sepulveda F. c.c. 1099372360



El objetivo de esta entrevista es realizar una Evaluación Psicológica para el proceso de selección (aptitud psicofísica), se realizara una entrevista al aspirante y se registran los resultados en el formato de entrevista, su resumen en formato de Formato Resultado Concepto de Evaluación Psicológica junto con los resultados de la prueba de personalidad que va anexo a la carpeta de documentos.

CIUDAD B/mauga FECHA EVALUACIÓN 21/12/2022 UNIDAD: DMBUS

APELLIDOS Y NOMBRES: <u>Sepulveda Florez Noelly Katherine</u> C.C. <u>1099372360</u>	
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: <u>Lebrija (Sder)</u> <u>11/09/95</u>	
EDAD: <u>27</u>	ESTADO CIVIL: <u>Soltera</u>
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: <u>Cra 8 E # 7-22</u>	
ESTUDIOS REALIZADOS: <u>PREGRADO UNIVERSIDAD/ AÑO</u>	
EGRESO	
POST GRADO: TITULO:	UNI: AÑO
EGRESO	
ENTREVISTA: <u>1 VEZ</u> <input checked="" type="checkbox"/> <u>2 O +</u>	E-MAIL:

I. DIMENSION PERSONAL (permite que el evaluado describa sus fortalezas y debilidades, áreas de ajuste, habilidades sociales, valores, liderazgo, proyecto de vida, afrontamiento, control emocional, energía, dinamismo, motivación, y manejo de situaciones críticas, control del estrés.)

CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD/DESCRIPCIÓN:

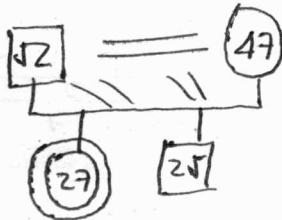
Ordenada, puntual, creativa, leal, inteligente.

II. DIMENSION FAMILIAR (Describa la dinámica familiar, roles, procesos de comunicación, redes de apoyo, funcionamiento de su núcleo familiar.)

II A. DIMENSION AFECTIVA (Describa situación afectiva del evaluado, si tiene actualmente pareja, si su pareja (esposo- Novio apoya, descripción de relación, como se siente afectivamente.)

Familia bien estructurada, Duida, red de apoyo funcional.

FAMILIOGRAMA: (Dibuje el mapa de la estructura familiar, describa estructura familiar, roles, comunicación etc.)



Familia donde priman los valores y la moral. Buena relación y trato.

Nombre de Personas con quien vive	Edad	Actividad / ocupación	Tipo de Relación
<u>Wilson Sepulveda</u>	<u>52</u>	<u>Pensionado</u>	<u>Padre</u>
<u>Rosa Florez</u>	<u>47</u>	<u>Estilista</u>	<u>Madre</u>
<u>Juan David Sepulv.</u>	<u>25</u>	<u>Maestro de construcción</u>	<u>Hermano</u>

CONFIDENCIAL

III. DIMENSION LABORAL (Solicite al evaluado información con su experiencia laboral.)
DESCRIPCION DE EXPERIENCIA LABORAL

Nombre de Empresa	Cargo que ocupaba	Tiempo Laborado	Nombre Jefe Inmediato	Motivo de salida
HSD (Lebrija)	Aux. Enfermería 8 meses		Juz Dary	Oportunidad
Clinica San Pablo	Aux. Enfermería. 7 meses		Gerardo	Pandemia.
DMBUB.	Aux. Enfermería. 14 meses		CT Jimenez	Activa.

III A. Realice una descripción de su perfil profesional (el evaluado debe describir preparación técnica, profesión y preparación e impacto a nivel organizacional, labores, funciones que ha desempeñado):

Puntual, Ordenada, Responsable, Emprendedora.

IIIB. Describa fortalezas y Debilidades profesionales (Descripción de estos aspectos por parte del evaluado)

Fortalezas: Responsabilidad, Puntualidad.
Debilidad: Emotiva.

III C. Si el evaluado continua con contrato: Que considera que debe mejorar en su desempeño / Institución, Otro, Cual?:

Siempre tratando de hacer las cosas bien.
Tiempo laborado con Institución 14 años Fortalezas Puntualidad. Debilidades Emotiva

III D. LO QUE ATRAE AL CANDIDATO (el evaluado debe describir cada ítem referido)

1. Estabilidad laboral	<u>Contrato de 12 meses.</u>
2. Oportunidades / laboral y/o promoción.	<u>Oportunidad de capacitación.</u>
3. Salario.	<u>Puntual y oportuno.</u>
4. Oportunidad de demostrar habilidades y conocimientos. (describa su aporte Institucional)	<u>Le dan oportunidad de realizar diferentes actividades.</u>
5. Reputación de la Institución.	<u>Buena.</u>
7. Seguridad y beneficios adicionales.	<u>Se siente segura.</u>
8. Formación y desarrollo profesional.	<u>Oportunidad de estudiar.</u>
9. Mision Institucional.	<u>Se presta un buen servicio.</u>
10. Atmósfera/clima de trabajo.	<u>Excelente.</u>

IV. DIMENSION SALUD ANTECEDENTES

PSICOPATOLÓGICOS (Es importante que el evaluado de a conocer su situación)

ASPECTOS CLINICOS	SI	NO	OBSERVACIONES
¿USTED A SIDO VALORADO O TRATADO POR PSICOLOGIA Y/O PSIQUIATRIA?		X	
¿PRESENTA ALTERACIONES EN EL SUEÑO?		X	
¿SUS HABITOS DE ALIMENTACION SON NORMALES?	X		
¿ESCUCHA VOCES, OBSERVA OBJETOS O PERSONAS QUE NADIE MAS VE?		X	
¿PRESENTA USTED CAMBIOS CONSTANTES EN SUS ESTADOS DE ANIMO?		X	
¿CONSUME ALCOHOL? CON QUE FRECUENCIA?		X	
¿HA CONSUMIDO O PROBADO ALGUN TIPO DE DROGA ILICITA? CUAL?		X	
¿LORA USTED FACILMENTE O SE DEPRIME CON FACILIDAD?		X	
¿EN SU FAMILIA HAY ANTECEDENTES DE SUICIDIO?		X	
¿EN SU FAMILIA HAY ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD MENTAL?		X	
¿USTED ALGUNA VEZ HA INTENTADO QUITARSE LA VIDA?		X	
¿USTED EN ALGUNA OCASION HA PENSADO EN QUITARSE LA VIDA?		X	

III E. COMO SE ENTERO DE LA VACANTE?

Familiar: Amigo: Conocido: (Grado:
Aviso: Internet: Otro: Medio: Cual?:

IV A. DESCRIBA SU SALUD ACTUALMENTE (El evaluado debe referir su estado actual, enfermedades, tratamientos, antecedentes familiares etc)

Sana.

V. DIMENSION SOCIAL Y ECONOMICA (el evaluado debe referir su experiencia en esta dimensión)

Participa en Actividades sociales: Si No Cuales? familiares y de amigos. Frecuentes Mensuales.
Posee Amigos / Amistades? : Si No Obser:
Practica deportes Si No Actividades Tiempo libre: Bicicleta.
Personas a cargo: vivienda propia Alquilada
Haga una descripción sobre su manejo del dinero Organizada para cumplir con las responsabilidades.
Se siente bien remunerado: Si No Pq?

RESULTADOS PRUEBA DE PERSONALIDAD - CAQ

D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	Pa	Pp	Sc	As	Ps
0	0	10	6	6	4	1	2	16	6	10	4
4	4	5	4	6	4	4	4	7	7	4	6

CONCEPTO PSICOLÓGICO FINAL: (Haga una descripción del examen mental, el resultado de la entrevista (describiendo puntos importantes, emita un concepto final de si se encuentra psicológicamente equilibrado, ausencia de psicopatología en el momento de la evaluación y/o requiere remisión a un profesional de psiquiatría).

Al momento de la valoración, se percibe ubicada en las tres esferas, pensamiento lógico, lenguaje fluido, sin antecedentes psicopatológicos. Red de apoyo funcional se aplica prueba CAQ. Escalas dentro de parámetros normales.

Favorable

Desfavorable

UNIDAD, NOMBRE CLARO, FIRMA Y SELLO DEL PSICOLOGO EVALUADOR

PACTO DE INTEGRIDAD PARA FORTALECER LA TRANSPARENCIA EN EL PROCESO DE SELECCIÓN MODALIDAD CONTRATACION DIRECTA CUYO OBJETO ES CONTRATAR UNA AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA.

Ante la opinión pública nacional e internacional, nosotros: por una parte, LOS PROPONENTES en el proceso de Selección Contratación cuyo objeto es **CONTRATAR A UNA AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA**, actuando en nombre propio, en este proceso de contratación, y por la otra los **FUNCIONARIOS Y ASESORES DEL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO**, que han participado y/o participarán en la estructuración técnica, económica y jurídica del presente proceso de contratación, o en su trámite, impulso, revisión y definición, hemos acordado suscribir el presente "**PACTO DE INTEGRIDAD**", teniendo en cuenta que en Colombia todas las formas de corrupción son ilegales, y que el Estado procesa y continuará procesando a los infractores.

Sin perjuicio del cumplimiento de la ley Colombiana, el Pacto de Integridad se enfoca en el compromiso de no soborno con el fin de obtener o retener un contrato u otra ventaja impropia, incluyendo la colusión con otros con el fin de limitar la competencia para este contrato, y la actuación desleal y contraria a la libre competencia y al interés de propiciar la selección objetiva dentro de las instancias del proceso de contratación.

Lo anterior incluye cualquier tipo de pagos, dádivas u otros favores ofrecidos o concebidos de manera directa o a través de terceros, a funcionarios o asesores del MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO, con el fin de:

1. Procurar que se diseñe el proyecto o partes de éste de una manera que ofrezca ventajas a uno o varios participantes.
2. Dar ventaja indebida a cualquiera de los participantes en la evaluación y elección de los mismos para la adjudicación del contrato.
3. Ganar la adjudicación del contrato.
4. Lograr cambios sustanciales en el contrato ajustando las especificaciones, los plazos o cualquier otro componente importante del contrato.
5. Lograr que sean aprobados por funcionarios públicos, asesores o por el interventor o supervisor del contrato (o por su personal, asesores y subcontratistas) resultados por debajo de los parámetros que sean propuestos por los PROPONENTES y pactados con el **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO**.
6. Abstenerse de monitorear apropiadamente la implementación del proyecto, de informar sobre violaciones de especificaciones del contrato y otras formas de incumplimiento, o de hacer plenamente responsable al contratista de sus obligaciones legales.
7. Evadir impuestos, derechos, licencias o cualquier otra obligación legal que se debería satisfacer.
8. Inducir a un funcionario a quebrantar sus deberes oficiales de cualquiera otra manera.

Dentro de este marco, los firmantes adquieren los siguientes compromisos, en todo de acuerdo con las leyes colombianas:

1. Las empresas participantes y **EL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO** asignan importancia a la presentación de propuestas en un entorno libre, imparcial, competitivo y no sujeto a abuso.

A los oferentes les complace confirmar que:

- a) No han ofrecido o concedido, ni han intentado ofrecer o conceder y no ofrecerán ni concederán, ni directa ni indirectamente mediante agentes o terceros, ninguna inducción o recompensa impropias a ningún funcionario o asesor del **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO**, sus parientes o socios de negocios, con el fin de obtener o retener este contrato u otra ventaja impropia, y
- b) No han coludido y no coludirán con otros con el fin de limitar indebidamente la competencia para este contrato. Las empresas comprenden la importancia material de estos compromisos para **EL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO**.

Por su parte los FUNCIONARIOS O ASESORES DEL **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO**, también confirman que no han pedido ni aceptado, ni pedirán ni aceptarán, de manera directa o a través de terceros, ningún pago u otro favor por parte de las empresa participantes a cambio de favorecerlos en la obtención o retención del contrato.

2. Los oferentes desarrollan sus actividades en el marco de principios éticos de comportamiento y se comprometen a tomar las medidas necesarias a fin de que este compromiso de "No" Soborno sea acatado por todos sus gerentes y empleados, así como por todos los terceros que trabajan con esta compañía en este proyecto, incluyendo agentes, consultores y subcontratistas.

3. Este compromiso se presenta en nombre de los oferentes participantes.

4. Con respecto a la presentación de las propuestas, los oferentes participantes se comprometen a estructurar una propuesta seria, con información fidedigna y con una oferta económica ajustada a la realidad que asegure la posibilidad de prestar el servicio en las condiciones de calidad y oportunidad exigidas en el proceso.

5. Para efectos de salvaguardar el contenido del Pacto de Integridad del presente proceso frente a eventuales incumplimientos de los compromisos de carácter ético adquiridos por los funcionarios y por los participantes, se pronunciará un árbitro denominado "Defensor para la Transparencia", cuyos fallos serán en equidad al amparo de lo dispuesto en la Ley 446 de 1998. De las materias relacionadas anteriormente conocerá el árbitro por solicitud del **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL**, del Programa Presidencial de Lucha contra la Corrupción, o por manifestación de alguna de los participantes.

Dicho árbitro deberá tener las mismas calidades que dispone la Constitución Nacional, para ser Magistrado de la Corte Constitucional o la Corte Suprema de Justicia y será seleccionado de la lista de árbitros de la Cámara de Comercio de Bogotá, mediante el sistema de sorteo público.

6. Si un participante incumple su compromiso de no soborno y de dicho acto ha sido declarado culpable por parte del árbitro se generarán además de los procesos contemplados en la legislación colombiana u otra legislación que cubre el proceso de contratación, los siguientes efectos jurídicos:

- a) Si el participante que hubiere incumplido fuere el adjudicatario del proceso, cualquiera de las partes del presente documento podrá solicitar ante el juez competente la nulidad absoluta del contrato con fundamento en que el mismo adolece de una causa lícita.
- b) El contrato estatal terminará por causa imputable al contratista. El participante que hubiere incumplido los compromisos de no soborno derivados del presente documento se obliga incondicional e irrevocablemente a aceptar la terminación del contrato por causa imputable al mismo, en el momento en que el árbitro

declare el incumplimiento de los compromisos referidos, y a asumir las consecuencias contractuales que se deriven de tal terminación.

- c) Una pena económica equivalente al diez por ciento (10%) del valor del contrato a título de estimación anticipada de perjuicios a favor de los demás proponentes que participaron en el proceso de contratación y que no hubieran incumplido los compromisos consignados en el presente documento. Si hubiere más de un proponente el valor referido se repartirá en partes iguales entre dichos proponentes.
- d) Abstenerse de participar en procesos de contratación de cualquier naturaleza de entidades públicas de la República de Colombia, que se lleven a cabo durante un periodo de cinco (5) años.

Para asegurar la efectividad de las disposiciones precedentes, el presente acuerdo se entenderá incluido dentro de las cláusulas del contrato que vaya a ser suscrito con el participante favorecido, como una causal de terminación anticipada del contrato por causa imputable al contratista, derivada del fallo del árbitro en la cual se comprueben faltas graves a los compromisos contenidos en el presente Pacto.

El efecto jurídico señalado en los subnumerales a) y b) de este numeral será aplicable solamente al proponente adjudicatario. Los efectos jurídicos previstos, en los subnumerales c) y d) aplicarán al proponente adjudicatario o al cualquiera de los proponentes.

7. Adicionalmente, todos los jefes del **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO**, se obligarán a realizar todas y cada una de las gestiones y actuaciones necesarias para que las entidades competentes impulsen y desarrollen las investigaciones correspondientes con ocasión de las conductas de los funcionarios de la entidad contratante o de los asesores externos de la misma que pudieren haber infringido el presente Pacto y cualquier ley aplicable.

8. En caso de presentarse un incumplimiento probado del compromiso de no soborno de acuerdo con lo establecido en el numeral 8 de este Pacto, el **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO** podrá excluir a futuro a aquel infractor para la elegibilidad de contratos en procesos de contratación directa.

9. Los oferentes participantes declaran públicamente que conocen y aceptan las condiciones de participación establecidas en los documentos del proceso de contratación y en las modificaciones que se han hecho a los mismos hasta la fecha de cierre del proceso de contratación, en términos de su transparencia y equidad. En este marco, se comprometen a no utilizar, en la etapa de evaluación de las propuestas, argumentos sobre efectos de buscar la descalificación de sus competidores.

10. Las empresas participantes aceptan que durante la evaluación de las propuestas prime el criterio de respetar los aspectos de fondo por encima de los de forma, buscando siempre favorecer la libre competencia y la participación del mayor número posible de propuestas dentro del proceso de contratación.

11. Adicionalmente, el Gobierno Nacional ha establecido el Programa Presidencial de Lucha contra la Corrupción con la facultad de servir de canal para la tramitación de cualquier investigación sobre cualquier forma de extorsión o soborno en la contratación pública. Las empresas participantes denunciarán ante este Programa cualquier información sobre manejos irregulares sobre los que tengan conocimiento en lo referente al presente proceso de contratación.

Para constancia de lo anterior, los **FUNCIONARIOS DEL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO**, firman el presente documento en Bucaramanga, Santander, a los 11 días del mes de enero del año 2023.

FUNCIONARIOS Y ASESORES DEL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD EJÉRCITO

MY. ZARAZA RIOS EDWIN ALEJANDRO
Subdirector Administrativo y financiero DMBUG
Ordenador del Gasto

NOTIFICADOS:

GERENTE DE PROYECTO

NOMBRE	FIRMA
TC. JORGE BECERRA VALDERRAMA Director(a) Dispensario Médico de Bucaramanga	

COMITÉ TECNICO ESTRUCTURADOR

NOMBRE	FIRMA
SV. NELSON ENRIQUE VARGAS TABOGAL Coordinador de talento Humano y Atención al Usuario	

COMITÉ JURÍDICO ESTRUCTURADOR

NOMBRE	FIRMA
PS. JENIFER CARDENAS SIERRA Asesor(a) Jurídico Contratos DMBUG	

OFERENTES

NOMBRE	FIRMA
PS. NOELLY KATERINE SEPULVEDA FLOREZ CC. 1099372360	<i>Noelly Katerine Sepulveda F.</i>



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA

HACE CONSTAR QUE:

Revisado el archivo de **2022**, se evidencia que **SEPULVEDA FLOREZ NOELLY KATERINE** identificado(a) con cedula de ciudadanía No **1099372360** presto(a) los servicios profesionales __ de apoyo a la gestion _X_ al Ministerio de Defensa Nacional - Ejercito Nacional - Dispensario Médico Bucaramanga de acuerdo con la siguiente información:

N° CONTRATO	36 DIGSA/DMBUG-2022
FECHA DE INICIO DEL CONTRATO	14/01/2022
OBJETO CONTRACTUAL	OPS BR5 AUXILIAR DE ENFERMERIA DMBUG
PLAZO DE EJECUCION	12/31/2022
CONTRATO ADICION O MODIFICATORIO	N/A
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$14.376.012 PESOS M/CTE
ACTA DE LIQUIDACION No	-
FECHA LIQUIDACION DEL CONTRATO	31/12/2022
Reposan sanciones (Multas – penal pecuniarias)	NINGUNA
OBLIGACIONES CONTRACTUALES	SEGÚN OBLIGACIONES CONTRACTUALES

Para constancia se firma en Bucaramanga, al 04 de noviembre del 2022

MY. EDWIN ALEJANDRO ZARAZA RIOS
Subdirector administrativo y financiero

EJÉRCITO NACIONAL

PATRIA, HONOR, LEALTAD

AV. Quebrada Seca No. 33 A - 207 -Bucaramanga - Santander.
Conmutador 6970711 ext 104
dmbug@buzonejercito.mil.co



Hace Constar Que

Noelly Katerine Sepulveda Florez

C.C. 1.099.372.360

Aprobó los estudios correspondientes al

CURSO

SOPORTE VITAL BASICO (BLS)

VALIDEZ 2 AÑOS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN

Con una intensidad de veinte (20) horas

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los nueve (09) días del mes de Diciembre del año 2021
En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8 Educación Informal Del Ministerio de Educación Nacional
Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección

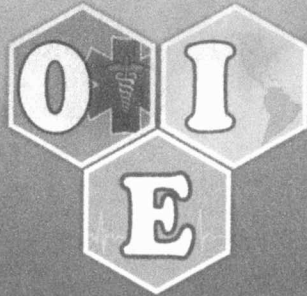
LUIS CARLOS PRADA PRADA
Director
Corporación Internacional Líderes ONG



CS01063FS

BEATRIZ EUGENIA RAMOS SUAZA
Certificación Internacional AHA-Proveedor en
Salud
Especialista en Cuidado Crítico

La validez del diploma la puedes solicitar al 3003905210 o al correo cil.colombia@hotmail.com



Organización Internacional de Entrenamiento



Centro de Estudios Internacionales

RESOLUCION 2003/05/2014 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL NIT: 900667048-0 MATRICULA 02277300 - 27/11/2012

Código de verificación
P5AE04.9.219AWS

www.organizacionoceano.com



Certifica que:

NOELLY KATERINE SEPULVEDA FLOREZ
CC. 1.099.372.360

Asistió Y Aprobó El Curso De:

ATENCION INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GENERO

Certificado por (60) Horas

Entregado en Bucaramanga-Santander 09 de Febrero de 2019

con una vigencia de (2) Años a partir de la fecha

Según Resoluciones 459 del 6 marzo de 2012 - 2003 de Mayo de 2014

Ministerio de Salud y Protección Social

**NO MÁS
VIOLENCIA
CONTRA
LAS MUJERES**



Renovación Certificado
FEBRERO 09 DE 2021

Organization International de Entrenamiento

OCEANO

DIRECCIÓN ACADÉMICA
NIT: 900667048-0

Dr. Juan Jose Rey Moreno

Dr. JUAN JOSE REY MORENO
Director Académico
Organización Océano
Registro Médico No 2031

OCEANO

DIRECCIÓN CIENTÍFICO
NIT: 900667048-0

Email: organizacionoceano@hotmail.com - Cels. 3204368101 - 3152446380



Libertad y Orden
Ministerio de Salud
y Protección Social



Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

NOELLY KATERINE SEPULVEDA FLOREZ

Con Cedula de Ciudadania No. 1099372360

Cursó y aprobó la acción de Formación

HUMANIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

con una duración de 50 horas

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Pereira. a los veintidos (22) dias del mes de diciembre de dos mil veintiuno (2021)

Firmado Digitalmente por

ANDRÉS GÓMEZ CALDERÓN
Subdirector
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS
REGIONAL RISARALDA

80503815 - 22/12/2021
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 9308002463452CC1099372360C.

1035

REPUBLICA DE CHILE

MINISTERIO DE SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

1954

1954

INSTITUTO NACIONAL DE INVESTIGACIONES Y FARMACIA

DEPARTAMENTO DE FARMACIA

COMPROBACION DE LOS EFECTOS DE ESTO

1954

REPUBLICA DE CHILE

MINISTERIO DE SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

INSTITUTO NACIONAL DE INVESTIGACIONES Y FARMACIA

DEPARTAMENTO DE FARMACIA





Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

NOELLY KATERINE SEPULVEDA FLOREZ

Con Cedula de Ciudadanía No. 1099372360

Cursó y aprobó la acción de Formación

MANEJO DE LA VACUNACION CONTRA EL COVID19 EN COLOMBIA

con una duración de 48 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bucaramanga, a los veinticuatro (24) días del mes de marzo de dos mil veintiuno (2021)

Firmado Digitalmente por

CELIA PATRICIA RODRIGUEZ MARTINEZ
Subdirectora (E)
CENTRO DE SERVICIOS EMPRESARIALES Y TURISTICOS
REGIONAL SANTANDER

73959971 - 24/03/2021
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 93090022885178 C1099372360.



GOBIERNO DE CAUCA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

Decreto No. 1000 de 2006

Artículo 1º

ARTÍCULO 1º.- Se crea el **COMITÉ NACIONAL DE ASESORIA TÉCNICA**

del SENA, con las siguientes funciones:

1. Asesorar al Director del SENA en la formulación de la política

MANEJO DE LA FACILITACION CONTRA EL COMERCIO ILICITO

del SENA y en la implementación de los programas

que se deriven de la política nacional de desarrollo humano y social

del SENA.

CLA PATRICIA ROYAL MARTINEZ
DIRECTORA GENERAL DEL SENA

1981-11-14
BOGOTÁ, D.C.

Este decreto se promulga y ejecuta a partir de la fecha de su expedición.



EL CENTRO DE SERVICIOS EMPRESARIALES Y TURÍSTICOS

CERTIFICA

Que NOELLY KATERINE SEPULVEDA FLOREZ identificado(a) con Cedula de Ciudadanía No 1099372360 de Lebrija, realizó y aprobó el curso de MANEJO DE LA VACUNACION CONTRA EL COVID19 EN COLOMBIA con una intensidad horaria de Cuarenta y Ocho (48) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó
A: Aprobó

Se expide en Bucaramanga, a los veinticuatro (24) días del mes de marzo de dos mil veintiuno (2021)

Firmado Digitalmente por

CELIA PATRICIA RODRIGUEZ MARTINEZ
Subdirectora (E) CENTRO DE SERVICIOS EMPRESARIALES Y TURÍSTICOS
REGIONAL SANTANDER

SENA: Una Organización con Conocimiento



EL CENTRO DE SERVICIOS EMPRESARIALES Y TURÍSTICOS

CERTIFICADO

El Sr. [Nombre] ha sido inscrito en el Registro de Turismo de la Región de Valparaíso, con el número de inscripción [Número].

Fecha de emisión: [Fecha]

[Firma]

El presente certificado es válido por un periodo de [Duración] meses de contado.

[Firma]

Director Regional de Turismo
REGIONAL DE TURISMO

[Firma]