**Anexo No. 4. Equipo de Trabajo**

Descripción del equipo de trabajo que pone a disposición para el cumplimiento de las obligaciones. Debe incluir el perfil educativo, la experiencia requerida y las funciones que desempeñaría y dedicación.

| Personal Clave | Nombre | Perfil Educativo | Proyectos en los que ha trabajado | Funciones que desempeñaría | % Dedicación |
|---|---|---|---|---|---|
| ENFERMERA | PAULA MANTILLA | Profesional en Enfermería | VIVIR IPS<br>ASERVIS<br>CLINICA SAN JOSE DE CUCUTA | ENFERMERA | 100% |
| INFECTOLOGA | GERSON GUARIN | Profesional en medicina con especialización o maestría en infectología. | VIVIR IPS | INFECTOLOGA | 100% |
| MEDICO EXPERTO | TAHIRI ZAMBRANO | Profesional en medicina con especialización o maestría en áreas afines. | VIVIR IPS<br>SIES SALUD<br>CRISTUS SINERGIA HEALTHCARE | MEDICO EXPERTO | 100% |
| NUTRICIONISTA | KATIA MILENA CAMARGO | Profesional en Nutrición | VIVIR IPS<br>PROMO PERSONAL | NUTRICIONISTA | 100% |
| PSICOLOGIA | MANUEL JOSE REDONDO | Profesional en psicología con especialización en áreas afines. | VIVIR IPS<br>HOGAR CASA ALFARERO<br>PSINERGIA | PSICOLOGIA | 100% |
| QUIMICO FARMACEUTICO | CARLOS JULIO RAMIREZ | Profesional en Química Farmacéutica | VIVIR IPS<br>AEI SAS<br>VIHONCO IPS<br>AHF | QUIMICO FARMACEUTICO | 100% |

NOTAS: Formato por ciudad a la que presenten, CUCUTA

Los perfiles que no adjunten hoja de vida con los certificados correspondientes a formación académica y experiencia NO serán tenidos en cuenta).




Este documento solamente es para uso interno y no debe ser distribuido sin autorización, queda prohibida su modificación, reproducción parcial o total. Si este documento está impreso se considera copia no controlada

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA ) | NOMBRES |
|---|---|---|
| GUARIN | | GERSON DIDIER. |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 88225706 | SEXO: F ( ) M (X) | NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: _____

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 12 MES 06 AÑO 1977

PAÍS: Colombia

DEPTO: NORTE DE SANTANDER

MUNICIPIO: CUCUTÁ.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: _____

MUNICIPIO: _____

TELÉFONO: 3164720140 EMAIL: _____

## 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: Bachiller. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUN ARIA | | | | MEDIA | FECHA DE GRADO |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | MES [ ] AÑO [ ] |
| | | | | | | | | | X | |

**EDUCACION 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 SI | GRADUADO NO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN MES | TERMINACIÓN AÑO | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Presencial | 12 | X | | Medico Cirujano. | | 2001 | |
| Presencial | | X | | Espec. Medicina Interna | | 2008 | |
| Presencial | | X | | Esp. Gerencia de Salud | | 2005. | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

| IDIOMA | LO HABLA R | LO HABLA B | LO HABLA MB | LO LEE R | LO LEE B | LO LEE MB | LO ESCRIBE R | LO ESCRIBE B | LO ESCRIBE 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 ACTUAL O CONTRATO VIGENTE*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| VIVIR IPS SAS. | | X | COLOMBIA. |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| Santander | Cucuta'. | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| 3164720140. | DÍA 01 MES 04 AÑO 2020 | DÍA MES AÑO |

| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| INFECTOLOGO | Asistencial. | |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| | | | |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| | | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| | | |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| | | | |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| | | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| | | |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| | | | |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| | | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| | | |

**NOTA:** SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 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* | | |
| *EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO* | 9 | |
| *TRABAJADOR INDEPENDIENTE* | | |
| ***TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA*** | 9 | |

## 5 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*_____

_____

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

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

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

_____ _____

*Ciudad y fecha* *NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 86.225.706
GUARIN
APELLIDOS
GERSON DIDIER
NOMBRES
FIRMA
REPUBLICA DE COLOMBIA


A-2500100-00152627-M-0086225706-20090315 0010377BA 1 2731896?
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
10-JUL-1995 CUCUTA
ESTATURA G.S. RH SEXO
1.80 O+ M
LUGAR DE NACIMIENTO
CUCUTA
(NORTE DE SANTANDER)
FECHA DE NACIMIENTO 12-JUN-1977

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

*NIT. 901366232-1*

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

# *Certifica*

## *Guarín Gerson Didier*

*CC 88225706 de Cúcuta*

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Básico BLS - con un total de 25 Horas.

Fecha de emisión: 2023-4-02

Fecha de vencimiento: 2025-4-01

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educati
Desarrollo Humano
Docente Especialista

Clínica Medical Duarte
Trabajamos con sentido humano

Asociación Colombiana de Medicina Interna
acmi

# CERTIFICADO

## DE PARTICIPACIÓN

LA CLÍNICA MEDICAL DUARTE Y LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE MEDICINA INTERNA (ACMI)
CERTIFICA QUE:

***Gerson Didier Guarín***

IDENTIFICADO CON NÚMERO DE DOCUMENTO: 88.225.706

**Participó como ponente en la Primera Jornada Científica de Medicina Interna.**

EL PRESENTE CERTIFICADO SE EXPIDE EN LA CIUDAD DE CÚCUTA, A LOS 30 DÍAS DEL MES DE AGOSTO DE 2021.

DRA. CLAUDIA ROSA OMAÑA MALDONADO
Presidente de la Asociación
Colombiana de Medicina Interna

ING. JESÚS JAVIER DUARTE QUINTERO
Gerente General
Clínica Medical Duarte

DR. RUBÉN DARÍO SANTIAGO
Gerente Médico
Clínica Medical

ESCMID

# CERTIFICATE OF ATTENDANCE

This is to certify that

**Gerson didier Guarin**
(Bobsdols@hotmail.com)

participated in the

31st European Congress of Clinical Microbiology & Infectious Diseases

that took place online from

9 – 12 July 2021

Yours sincerely,

Jacob Moran-Gilad
ECCMID Programme Director

Online
9 – 12 July 2021

31st ECCMID EUROPEAN CONGRESS OF CLINICAL MICROBIOLOGY AND INFECTIOUS DISEASES

**ESCMID** European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases

**ESCMID Executive Committee:** M. Sanguinetti, President, Rome, Italy; J. Rodríguez-Baño, Immediate Past-President and Guidelines Officer, Seville, Spain; A. Zinkernagel, President-elect and Secretary General, Zurich, Switzerland; A. Friedrich, Treasurer, Groningen, Netherlands; E. Cambau; Professional Affairs Officer, Paris, France;
J. S. Friedland, Scientific Affairs Officer, London, United Kingdom; Ö. Ergönül, Communications and Publications Officer, Istanbul, Turkey;

República de Colombia

Departamento de Antioquia

POLITECNICO MAYOR

Agencia Cristiana de Servicio y Educación

Licencia de funcionamiento otorgada mediante resolución No 03491 del 20 de abril de 2009 emanada por la Secretaría de Educación de Medellín.
Registro Mercantil No 21-463795-02 de Julio 04 de 2008. Nit: 811029476-0.

# HACE CONSTAR QUE:

## GERSON GUARIN

Identificado(a) con documento de identidad C.C. 88225706

Cursó y Aprobó el

## DIPLOMADO EN MANEJO A VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA SEXUAL

con una intensidad horaria de Ciento Veinte (120) horas. Registrado en el Libro de Actas Nº. 032

Medellín, 23 de septiembre de 2018.

**MAYKEL BARRAGÁN AMAYA**
Rector

**YAMILE GÓMEZ PÉREZ**
Secretaria

*Para verificar la autenticidad de este documento, ingresar a http://virtual.politecnicomayor.edu.co, y en VERIFICAR CERTIFICADO digitar el Código de Seguridad: 3K438T*

FUCS

# FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD - FUCS

**Certifica que:**

## *Gerson Didier Guarín*

*C.C. 88.225.706*

Asistió en calidad de participante al

**CURSO MANEJO DEL PACIENTE TRASPLANTADO**

Realizado del 06 al 20 de mayo de 2021, con una intensidad de 10 horas,
Expedido en Bogotá D.C., Colombia

**En constancia firman:**

**Dr. Sergio Parra Duarte**
**Rector**

**Dr. Mauricio Wagner Vásquez**
**Director Educación Continuada**

Educación Continuada FUCS

icontec ISO 9001 SC - CER366063

IQNet

Vigilada MinEducación

# Asociación Colombiana de Medicina Interna

## ACMI® - Médicos para Adultos

**Certifica que:**

# GERSON DIDIER GUARIN

Asistió como **Participante**




al Simposio Capitular Norte de Santander el viernes 04 de junio de 2021

DRA. TATIANA LUCIA ESPINOSA ESPITIA
*Presidente ACMI®*

DRA. CLAUDIA OMAÑA MALDONADO
*Presidente Capitulo Norte de Santander*

12 Puntos PARMI

Intensidad horaria:
5 horas

**ACMI® CAPÍTULO NORTE DE SANTANDER**

Con el respaldo de:

HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO DE SAN JOSÉ

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ
HOSPITAL DE SAN JOSÉ
Colombia

## CURSO MANEJO DEL PACIENTE TRASPLANTADO

**Contenido Temático:**

- Normatividad en trasplantes.
- Evaluación pre-trasplante, Lista de espera.
- Mantenimiento del donante y rescate de órganos.
- Trasplante y cuidados post trasplante.
- Trasplante de Medula Ósea.

Institución de Educación Superior sujeta a inspección y vigilancia por el Ministerio de Educación Nacional. Personería Jurídica - Resolución 10917 de 1976 MEN.
Estatutos vigentes - Resolución 021948 de 2020 MEN. Acreditación de Alta Calidad - Resolución 013601 de 2019 MEN Vigencia 4 años

Educación Continuada FUCS

icontec ISO 9001 SC - CER366083

IQNet

V13274



# Certificado de Asistencia

EXPERT SUMMIT - 2022 -

Este certificado reconoce que

## Gerson Didier Guarin

Ha participado en el primer:

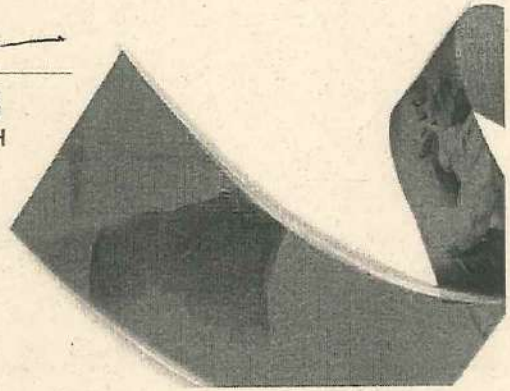
# HIV EXPERT SUMMIT

Con una asistencia total de 8 horas.

**Alfonso Javier Rodríguez**
Presidente Asociación Colombiana de Infectología - ACIN

**Natalia Garcia Del Castillo**
Directora Médica
GSK Colombia

**Luis Mendoza**
Gerente Médico VIH
GSK Colombia



GSK × ViiV Healthcare
itting ahead of HIV together

Con el aval de
ACIN

Material exclusivo para profesionales de la salud. Document number: PM-CO-HVX-CRD-220002 Fecha de elaboración: Noviembre 2022
GlaxoSmithKline Colombia S.A., Calle 26 # 69B-45 Edificio Bogotá Corporate Center Piso 9. Solicite mayor información científica de nuestros productos en nuestro servicio de información médica, a través del email mila@gsk.com Material elaborado por GSK

# Asociación Colombiana de Medicina Interna

## ACMI® - Médicos para Adultos

**Certifica que:**

# GERSON DIDIER GUARIN

Asistió como **Participante**




al Simposio Capitular Norte de Santander el viernes 04 de junio de 2021

DRA. TATIANA LUCIA ESPINOSA ESPITIA
*Presidente ACMI®*

DRA. CLAUDIA OMAÑA MALDONADO
*Presidente Capítulo Norte de Santander*

12 Puntos PARMI

Intensidad horaria:
5 horas

**ACMI® CAPÍTULO NORTE DE SANTANDER**

UNIVERSIDAD
EL BOSQUE

División de Educación Continuada
Vigilada Mineducación

**LA VICERECTORÍA DE INVESTIGACIONES, EL GRUPO DE RESISTENCIA ANTIMICROBIANA Y EPIDEMIOLOGÍA HOSPITALARIA (RAEH) Y LA DIVISIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUADA DE LA UNIVERSIDAD EL BOSQUE:**

OTORGAN EL PRESENTE CERTIFICADO A:

# GERSON DIDIER GUARÍN

Quien asistió al

## XII SIMPOSIO INTERNACIONAL EN RESISTENCIA BACTERIANA, "*DIAGNOSTIC STEWARDSHIP*" Y CONTROL DE INFECCIONES

Bogotá D.C., febrero 24, 25 y 26 de 2021

**Dr. Miguel Otero Cadena**
Vicerrector de investigaciones
Universidad El Bosque

**Dra. María Virginia Villegas**
Directora Grupo RAEH
Presidenta del Simposio

**Dra. María del Rosario Bozón González**
Directora División Educación Continuada
Universidad El Bosque

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

*NIT. 901366232-1*

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

# *Certifica*

# *Gerson Didier Guarin*

## *c.c. 88225706 de Cucuta - Norte de santander*

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

Fecha de emisión: 2022-02-09
Fecha de vencimiento: 2024-02-09

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermeria
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Universidad de Bogotá
JORGE TADEO LOZANO
Personería Jurídica No. 2613/1959 Minjusticia

**EN CONVENIO CON LA UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER**

El suscrito Secretario General de la Fundación Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano,

expide a continuación copia del acta de grado

número ciento setenta y siete (177)

Correspondiente al día tres (3) de Junio de dos mil cinco (2005), Registrada en el Libro de Actas de Grado al Folio Número 389

"En Cúcuta siendo las 7:00 p.m. del día 3 de Junio del año 2005 bajo la presidencia del doctor JAIME PINZON LOPEZ Rector de la Universidad, se efectuó la ceremonia para otorgar el grado de

ESPECIALISTA EN GERENCIA Y AUDITORIA DE LA CALIDAD EN SALUD

Registrado en el Libro de Grados Títulos No. 15 Folio No. 389

de la Universidad Jorge Tadeo Lozano

a GERSON DIDIER GUARIN

identificado con cédula de ciudadanía No. 88'225.706 expedida en Cúcuta, quien terminó sus estudios de acuerdo con los reglamentos. El Señor Rector en nombre y representación de la Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano y previo juramento, hizo entrega del diploma correspondiente.

Para constancia se firma la presente acta por los que en ella intervinieron".

Firmado Rector JAIME PINZON LOPEZ

Firmado Vicerrector de Estudios de Postgrado MIGUEL BERMUDEZ PORTOCARRERO

Firmado Secretario General OSCAR AZUERO RUIZ

Es fiel copia tomada de su original que se expide a los tres (3) días del mes de junio del año dos mil cinco (2005).

OSCAR AZUERO RUIZ
Secretario General

EN EL NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA
CON AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

# LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA

DE BARRANQUILLA COLOMBIA

HABIENDO SIDO CUMPLIDOS POR NUESTRO ALUMNO

## GERSON DIDIER GUARIN

C.C. N. 88.225.706 de Cucuta

TODOS LOS ESTUDIOS Y PRACTICAS REQUERIDOS POR NUESTROS ESTATUTOS UNIVERSITARIOS LE OTORGA EL TITULO DE

## MEDICO Y CIRUJANO

EN CONSTANCIA DE ELLO SE FIRMA Y REFRENDA
CON EL SELLO MAYOR DE LA UNIVERSIDAD

VICE-RECTOR

RECTOR

DIRECTOR DEL PROGRAMA

ANOTADO AL FOLIO 57 DEL LIBRO 1/96

NUMERO DE REGISTRO M - 1401

DADO EN BARRANQUILLA, A LOS 27 DIAS DEL MES Julio DEL AÑO 2.001

00025

# UNIVERSIDAD METROPOLITANA
# CIENCIAS DE LA SALUD

*Acta de Grado: Programa de* MEDICINA

**CODIGO: *M-54-3623-01***

*Otorgada a* **GERSON DIDIER GUARIN**

**C.C. No. 88.225.706 de Cúcuta -N. de Sder.**

**En Barranquilla a los 27 dias del mes de julio de 2001 el Consejo Directivo, el Rector de la Universidad Metropolitana y su Vice-Rector , Decano de División, Directores de Programa de Medicina, Bacteriología, Fisioterapia, Enfermería, Psicología, Odontología, Trabajo Social, Nutrición y Dietética, Filosofía y Letras, Fonoaudiología, Terapia Ocupacional, y Optometría, en presencia de su cuerpo docente, se reunen en el Salón de Actos de la Institución para, en uso de sus facultades estatutarias que le han sido conferidas por el Ministerio de Educación del Gobierno de Colombia, otorgar Grado Académico. Hecho el juramento profesional, el graduado recibe el diploma, que dice así:**

EN NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA, CON AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL, LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE BARRANQUILLA, COLOMBIA, HABIENDO SIDO COMPLETADOS POR NUESTRO ALUMNO:

**GERSON DIDIER GUARIN**

C.C. No. 88.225.706 de Cúcuta -N. de Sder.

TODOS LOS ESTUDIOS Y PRACTICAS REQUERIDOS POR NUESTROS ESTATUTOS UNIVERSITARIOS, LE OTORGA EL TITULO DE:

## MEDICO Y CIRUJANO

EN CONSTANCIA DE ELLO SE FIRMA Y REFRENDA CON EL SELLO MAYOR DE LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA.

Tras de felicitar a los graduados se dio por clausurado el Acto de Grado, a los 27 días del mes de julio de 2001

**EDUARDO ACOSTA BENDEK**
Rector

**JESUS SAEZ DE IBARRA**
Vice-Rector

**FYRNANDO VASQUEZ OJEDA**
Director del Programa de
MEDICINA

La Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano

en convenio con la

Universidad Francisco de Paula Santander

Estudios de Postgrado

Considerando que **Gerson Didier Guarin**

C.C. 88'225.706 de Cucuta

Cumplió con todos los requisitos exigidos por las Universidades y establecidos para el Programa de Postgrado en

**Gerencia y Auditoria de la Calidad en Salud**

Le confiere el título de **Especialista en Gerencia y Auditoria de la Calidad en Salud**

En constancia se firma en Bogotá, D.C., a los 3 días

del mes de junio de 2005

El Rector
Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano

El Vicerrector
de Estudios de Postgrado
Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano

Secretario General

Director del Programa

El Rector
Universidad Francisco de Paula Santander

Director Postgrados
Universidad Francisco de Paula Santander

Nº 20447

# Universidad Central de Venezuela

Prof. Cecilia García-Arocha Márquez
Rectora

## Hago saber:

Como Notario Segundo de Cúcuta hago constar que esta FOTOCOPIA concuerda con el ORIGINAL que he tenido a la vista.
13 JUN 2011
Jaime Enrique González Marroquín
Notario 2

que

## Gerson Didier Guarín

Titular de la Cédula de Identidad Nº 88.225.706, cumplió con todos los requisitos exigidos por las leyes, por lo cual en nombre de la República y por autoridad de la Ley, le confiero el título de:

## Especialista en Medicina Interna

Tómese razón de este Diploma en la Secretaría de esta Universidad y reconózcansele en toda la República los derechos inherentes a este título.
En fe de lo cual firmo el presente Diploma en unión del Vicerrector Académico en su condición de Presidente del Consejo de Estudios de Postgrado, de la Secretaria y del Decano respectivo, en la Ciudad Universitaria de Caracas, a los beintiseis días del mes de Junio del año dos mil nueve

. Años: 199º y 150º.

Rectora

Vicerrector Académico

Decano

Secretario

Oficina Principal de Registro Público
Caracas, 07 de Julio de 2009
años 199 y 150
Inscrito bajo el Nº 124
Folio 124 Tomo 2 Trimestre 3º
Año 2009 Derecho de Reg. Bs.
según planilla Nº 0023
El Registrador Principal

Inscrito al folio 6216 del libro respectivo

Secretario

Dr. Mauro J. Pérez Flores
Registrador Principal

Amalio Belandelli Guzmán

TIMBRE FISCAL

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
SECRETARIA

0370331

EL SECRETARIO DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA, QUIEN SUSCRIBE, CERTIFICA: QUE EN EL LIBRO DE ACTAS DE CONFERIMIENTO DE TITULOS DE ESPECIALISTAS, MARCADO CON EL N° 14/2009, AL FOLIO 6216, SE ENCUENTRA UN ACTA DE GRADO CUYO TEXTO ES DEL SIGUIENTE TENOR: "EN CARACAS, A LOS VEINTISEIS DIAS DEL MES DE JUNIO DEL AÑO DOS MIL NUEVE AÑOS 199° Y 150°.- REUNIDOS EN EL AULA MAGNA DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA, EL RECTOR, EL VICERRECTOR ACADEMICO, VICERRECTOR ADMINISTRATIVO Y EL SECRETARIO DEL INSTITUTO Y PROFESORES DE LAS FACULTADES CONCURRENTES, CON EL FIN DE PROCEDER EN ACTO PUBLICO Y SOLEMNE AL CONFERIMIENTO DEL TITULO DE: **ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA**, AL CIUDADANO **GUARIN GERSON DIDIER** CEDULA DE IDENTIDAD N° **E-88.225.706**, CONFORME AL CORRESPONDIENTE DECRETO RECTORAL RECAIDO EN EL EXPEDIENTE RESPECTIVO, Y PRESENTE EL ASPIRANTE, SE DIO COMIENZO AL ACTO, PREVIO EL JURAMENTO LEGAL TOMADO AL RECIPIENDARIO, EL CIUDADANO RECTOR, CON EL CEREMONIAL DE ESTILO Y PROCEDIENDO EN NOMBRE DE LA REPUBLICA Y POR AUTORIDAD DE LEY, LE CONFIRIO EL TITULO DE: **ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA**, Y LE HIZO ENTREGA DEL DIPLOMA CORRESPONDIENTE, PARA CONSTANCIA SE LEVANTA LA PRESENTE ACTA QUE FIRMAN: LA RECTORA CECILIA GARCIA-AROCHA; EL SECRETARIO AMALIO BELMONTE GUZMAN; EL GRADUADO (FDO) GUARIN GERSON DIDIER".- SE EXPIDE LA PRESENTE CERTIFICACION A SOLICITUD DE PARTE INTERESADA EN CARACAS, A LOS VEINTIOCHO DIAS DEL MES DE OCTUBRE DEL AÑO DOS MIL DIEZ.- AÑOS 200° Y 151°.

AMALIO BELMONTE GUZMAN
SECRETARIO

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
SECRETARIA
CERTIFICACION
UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA

JV.Rev.Por:

TIMBRE FISCAL

0788274

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA

SECRETARIA

EL SECRETARIO DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA, QUIEN SUSCRIBE, CERTIFICA: QUE EN EL LIBRO DE ACTAS DE CONFERIMIENTO DE TÍTULOS DE ESPECIALISTAS MARCADO CON EL Nº 17/2014 AL FOLIO 7758, SE ENCUENTRA UN ACTA DE GRADO CUYO TEXTO ES DEL SIGUIENTE TENOR: "EN CARACAS, A LOS TREINTIUN DÍAS DEL MES DE OCTUBRE DEL AÑO DOS MIL CATORCE AÑOS 204º Y 155º REUNIDOS EN EL AULA MAGNA DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA, EL RECTOR, EL VICERRECTOR ACADÉMICO, VICERRECTOR ADMINISTRATIVO Y EL SECRETARIO DEL INSTITUTO Y PROFESORES DE LAS FACULTADES CONCURRENTES, CON EL FIN DE PROCEDER EN ACTO PÚBLICO Y SOLEMNE AL CONFERIMIENTO DEL TÍTULO DE **ESPECIALISTA EN INFECTOLOGIA,** AL CIUDADANO: **GUARIN GERSON DIDIER,** PASAPORTE Nº: **P-88.225.706,** CONFORME AL CORRESPONDIENTE DECRETO RECTORAL RECAÍDO EN EL EXPEDIENTE RESPECTIVO, Y PRESENTE EL ASPIRANTE, SE DIO COMIENZO AL ACTO, PREVIO EL JURAMENTO LEGAL TOMADO AL RECIPIENDARIO, EL CIUDADANO RECTOR, CON EL CEREMONIAL DE ESTILO Y PROCEDIENDO EN NOMBRE DE LA REPÚBLICA Y POR AUTORIDAD DE LEY, LE CONFIRIÓ EL TÍTULO DE **ESPECIALISTA EN INFECTOLOGIA** Y LE HIZO ENTREGA DEL DIPLOMA CORRESPONDIENTE, PARA CONSTANCIA SE LEVANTA LA PRESENTE ACTA QUE FIRMAN: LA RECTORA CECILIA GARCIA - AROCHA .; EL SECRETARIO AMALIO BELMONTE GUZMAN; EL GRADUADO (FDO) GUARIN GERSON DIDIER".- SE EXPIDE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN A SOLICITUD DE PARTE INTERESADA EN CARACAS A LOS DIEZ DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL AÑO DOS MIL CATORCE.- AÑOS 204º Y 155º.----------

AMALIO BELMONTE GUZMAN
SECRETARIO

JV.Rev.por:

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA UNIVERSIDAD CENTRAL CERTIFICACIONES SECRETARIA

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA- UNIVERSIDAD CENTRAL

Caracas, 10 de Diciembre de 2014 Años 204 y 155

Cecilia García - Arocha, Rectora de la Universidad Central de Venezuela Certifica: Que la firma que antecede es autentica de puño y letra del ciudadano Amalio Belmonte Guzman quien en la actualidad es como se titula, Secretario de este institución.

CECILIA GARCÍA - AROCHA

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA UNIVERSIDAD CENTRAL - SECRETARIA

REPÚBLICA BOLIV. MINISTERIO DE PARA LA EDUCAC UNIDAD DE FIRMAS DE INSTITUCIONES DE

REPÚBLICA BOLIVARIANA MINISTERIO DEL P PARA LA EDUCACIÓN UNIDAD DE CER DE FIRMAS DE LAS INSTITUCIONES DE ED

REPÚBLICA BOLIV. MINISTERIO DEL PARA LA EDUCAC UNIDAD DE FIRMAS DE INSTITUCIONES

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 06291

( 08 MAYO 2015 )

Por medio de la cual se resuelve una solicitud de convalidación

**LA SUBDIRECTORA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD PARA LA EDUCACIÓN SUPERIOR**
en ejercicio de sus atribuciones legales y en especial las que le confiere el artículo 29 del Decreto 5012 de 2009 y la Resolución No 5515 del 16 de mayo de 2013

**CONSIDERANDO:**

Que GERSON DIDIER GUARÍN, ciudadano colombiano, identificado con cédula de ciudadanía No. 88.225.706, presentó para su convalidación el título de ESPECIALISTA EN INFECTOLOGÍA, otorgado el 31 de octubre de 2014, por la UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA, VENEZUELA, mediante solicitud radicada en el Ministerio de Educación Nacional con el No. 2015-ER-035477-58456/15.

Que el convalidante anexa copia del título de MÉDICO Y CIRUJANO, otorgado el 27 de julio de 2001, por la UNIVERSIDAD METROPOLITANA, COLOMBIA, y copia de la resolución No. 3368 del 25 de abril de 2011, mediante la cual este Ministerio, convalidó el título de ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA, otorgado el 26 de junio de 2009, por la UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA, VENEZUELA, como equivalente al título de ESPECIALISTA EN MEDICNA INTERNA.

Que de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 5012 de 2009, corresponde al Ministerio de Educación Nacional convalidar los títulos de educación superior otorgados por instituciones de educación superior extranjeras de acuerdo con las normas vigentes.

Que en virtud del artículo 5º de la resolución 21707 del 22 de diciembre de 2014, se establecen los requisitos para la convalidación de títulos en el área de la salud así: *"Para efectos de la convalidación de títulos del área de la salud todos estos deberán someterse a evaluación académica por parte de la Sala del Área de Ciencias de la Salud de la Comisión Nacional Intersectorial de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior –CONACES- sin perjuicio de que el Ministerio pueda solicitar un concepto adicional a las asociaciones, órganos y pares evaluadores cuando así se requiera"*...

Que los estudios fueron evaluados por la Comisión Nacional Intersectorial de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior –CONACES-, la cual emitió concepto favorable, señalando que el título obtenido es equivalente al de ESPECIALISTA EN INFECTOLOGÍA.

Que con fundamento en las anteriores consideraciones y después de haber estudiado la documentación presentada, se concluye que es procedente la convalidación solicitada.

En mérito de lo expuesto,

**RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO.**- Convalidar y reconocer para todos los efectos académicos y legales en Colombia, el título de ESPECIALISTA EN INFECTOLOGÍA, otorgado el 31 de octubre de 2014, por la UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA, VENEZUELA, a GERSON DIDIER GUARÍN, ciudadano colombiano, identificado con cédula de ciudadanía No. 88.225.706, como equivalente al título de ESPECIALISTA EN INFECTOLOGÍA, que otorgan las instituciones de educación superior colombianas de acuerdo con la Ley 30 de 1992.

**PARÁGRAFO.**- La convalidación que se hace por el presente acto administrativo no exime al profesional beneficiario del cumplimiento de los requisitos exigidos por las normas que regulan el ejercicio de la respectiva profesión.

**ARTÍCULO SEGUNDO.**- La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición y contra la misma procede los recursos de ley, los cuales deberán ser interpuestos dentro del plazo de diez (10) días establecido por el artículo 76 de la ley 1437 de 2011.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE**

Dada en Bogotá D. C., a los 08 MAYO 2015

**LA SUBDIRECTORA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD PARA LA EDUCACIÓN SUPERIOR**

**JEANNETTE GILEDE GONZÁLEZ**

Proyectó: GCORTES 04/05/2015
Revisó: Grupo de Convalidaciones.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 3368

( 25 ABR. 2011

Por medio de la cual se resuelve una solicitud de convalidación

4 MAYO 2011

**LA DIRECTORA DE CALIDAD PARA LA EDUCACIÓN SUPERIOR**
en ejercicio de sus atribuciones legales y en especial las que le confiere el Decreto 5012 de 2009 y la Resoluciones No.2763 del 13 noviembre de 2003 y No.972 del 27 de febrero de 2009.

**CONSIDERANDO:**

Que GERSON DIDIER GUARÍN, ciudadano colombiano, identificado con cédula de ciudadanía No.88.225.706, presentó para su convalidación el título de ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA, otorgado el 26 de junio de 2009 por la UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA, VENEZUELA, mediante solicitud radicada en el Ministerio de Educación Nacional con el No.2011ER27463-35511/11.

Que además anexa copia del título de Médico y Cirujano, otorgado el 27 de julio de 2001 por la Universidad Metropolitana de Barranquilla - Colombia.

Que de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 5012 de 2009, corresponde al Ministerio de Educación Nacional convalidar los títulos de educación superior otorgados por instituciones de educación superior extranjeras de acuerdo con las normas vigentes.

Que en virtud del artículo 3° de la Resolución 5547 del 1° de diciembre de 2005, uno de los criterios aplicables para efectos de la convalidación de títulos de educación superior otorgados por instituciones extranjeras, es el de *Caso similar*, el cual establece que *"Cuando el título que se somete a convalidación, corresponda a un programa académico que hubiera sido evaluado con anterioridad por el Ministerio de Educación Nacional o el ICFES, se resolverá aplicando la misma decisión que en el caso que sirve como referencia. Para tal efecto, deberá tratarse del mismo programa académico, ofrecido por la misma institución y con una diferencia entre las fechas de otorgamiento de los dos títulos que no podrá exceder los ocho (8) años."*

Que en un caso similar al considerado en el presente acto administrativo, el Ministerio de Educación Nacional, mediante resolución No.1040 del 2 de marzo de 2009, convalidó un título otorgado el 31 de julio de 2008, por la misma universidad y correspondiente al mismo programa académico, previa evaluación de la Comisión Nacional Intersectorial de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior - CONACES.

Que con fundamento en las anteriores consideraciones y después de haber estudiado la documentación presentada, se concluye que es procedente la convalidación solicitada.

En mérito de lo expuesto,

**RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO.-** Convalidar y reconocer para todos los efectos académicos y legales en Colombia, el título de ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA, otorgado el 26 de junio de 2009 por la UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA, VENEZUELA, a GERSON DIDIER GUARÍN, ciudadano colombiano, identificado con cédula de ciudadanía No.88.225.706, como equivalente al título de ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA, que otorgan las instituciones de educación superior colombianas de acuerdo con la Ley 30 de 1992.

**PARÁGRAFO.-** La convalidación que se hace por el presente acto administrativo no exime al profesional beneficiario del cumplimiento de los requisitos exigidos por las normas que regulan el ejercicio de la respectiva profesión.

**ARTÍCULO SEGUNDO.-** La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición y contra la misma procede el recurso de reposición, que debe ser presentado dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación de conformidad con el Código Contencioso Administrativo.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE**

Dada en Bogotá D. C., a los 25 ABR. 2011

**LA DIRECTORA DE CALIDAD PARA LA EDUCACIÓN SUPERIOR.**

**EVA JANETTE PRADA GRANDAS**

PD LCZ/11-04-11

N° 27411

# Universidad Central de Venezuela

Dra. Cecilia García-Arocha Márquez
Rector(a)

## Hago saber:

que **Gerson Didier Guarin**

Titular de la Cédula de Identidad N° V-88.225.706 cumplió con todos los requisitos exigidos por las leyes, por lo cual en nombre de la República y por autoridad de la Ley, le confiero el título de:

## Especialista en Infectología

Tómese razón de este Diploma en la Secretaría de esta Universidad y reconózcansele en toda la República los derechos inherentes a este título.
En fe de lo cual firmo el presente Diploma en unión del Vicerrector Académico en su condición de Presidente del Consejo de Estudios de Postgrado, del Secretario(a) y del Decano(a) respectivo, en la Ciudad Universitaria de Caracas, a los treintiun días del mes de Octubre del año dos mil catorce

Años: 204° y 155° .

Vicerrector Académico

Rector(a)

Decano(a)

Secretario(a)

Inscrito al folio 7756 del libro respectivo

Secretario(a)

Registro Principal de Registro Público
Caracas de Enero de 2015
Años 204 y 155
Quedó registrado bajo el N° 32
Folio 32 Tomo 13 Trimestre 1°
Año 2015 Derecho de Reg. Bs.
según planilla N° 3362
El Registrador Principal
Dra. Adriana

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

GERSON DIDIER GUARIN

C.C o C.E 88225706

Profesión u Ocupación
MEDICO Y CIRUJANO

Especialidad
INFECTOLOGIA - MEDICINA INTERNA

Institución de Educación
U. METROPOLITANA

Ciudad BARRANQUILLA

Fecha de expedición diploma 27/07/2001

Fecha de inscripción RETHUS 16/12/2016



CMC2016-17276

Firma

Firma representante Colegio Médico Colombiano

Esta tarjeta es un documento público y se expide de conformidad con la Ley 1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010. Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla al Colegio Medico Colombiano Cra. 15 A No. 121- 12 Of. 301
info@colegiomedicocolombiano.org

Atención telefónica a través del Centro de Contacto:
En Bogotá: +57(1) 3305043 Resto del país: 018000960020
Horario de atención:
Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 9:00 p.m. y sábados de 8:00a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua.
Solicitudes, sugerencias y reclamos PQRSD
Notificaciones judiciales
Términos y condiciones de uso.



Cambiar

8511

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

**Resultado General -2023-05-16--3:31:42 PM**

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación: | Detalles |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 88225706 | GERSON | DIDIER | GUARIN | | Vigente | Ver |

**De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) GERSON DIDIER GUARIN identificado(a) con CC 88225706 registra La siguiente información:**

**2023-05-16--3:31:42 PM**

**Información Académica**

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha Inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| ESP | Extranjero | Medicina Interna | 2011-04-25 | 16489 | COLEGIO MEDICO COLOMBIANO |
| ESP | Extranjero | Enfermedades infecciosas | 2015-05-08 | 16488 | COLEGIO MEDICO COLOMBIANO |
| UNV | Local | MEDICINA | 2005-07-25 | 2026 | COLEGIO MEDICO COLOMBIANO |

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

**VIVIR IPS SAS**
**NIT. 830017370-6**

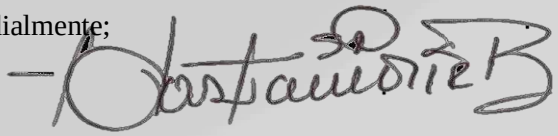
**CERTIFICA**

Que el señor **Gerson Didier Guarín** identificado con cedula de ciudadanía No. 88225706 está vinculado a nuestra entidad mediante contrato por **Prestación de servicios,** desempeñando el cargo de **Infectología atención paciente VIH,** desde el día primero (1) de abril de dos mil veinte (2020) a actualmente. con participación en los siguientes programas:

| OBJETO | ENTIDAD | FECHA DE TERMINACION |
|---|---|---|
| La prestación de servicios para la atención integral ambulatoria de personas viviendo con VIH/sida o presunción diagnóstica del subsistema de salud de las fuerzas militares", a ejecutar en la vigencia del año 2023 | EJÉRCITO NACIONAL | 30/11/2023 |
| Prestación de servicios de salud de alto costo para el tratamiento integral de VIH debidamente habilitados para los usuarios a la eps convida del régimen subsidiado bajo la modalidad de pago global prospectivo. | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO EPS CONVIDA | 28/02/2022 |
| Atención integral en salud para usurario del subsistema de salud de la policía nacional con VIH-sida, para la región 4 andina amazonas y oriental | DIRECCIÓN DE SANIDAD DE LA POLICÍA NACIONAL DISAN PONAL | 08/07/2023 |
| Prestación de servicios de salud y atención integral especializada con promoción y prevención, seguimiento, manejo, control y dispensación de medicamentos para los usuarios que viven con VIH/sida, residentes en todo el territorio nacional y que son adscritos a los establecimientos de sanidad militar de la armada nacional | DIRECCIÓN DE SANIDAD ARMADA NACIONAL | 28/02/2023 |

Se expide a los **veintiseis (26) días del mes de agosto de Dos mil Veinticuatro (2024),** para su
confirmación usted puede comunicarse al (601) 5680533 - 3103505383.

Cordialmente;



**EDNA ROCIO HASTAMORIR BONILLA**
**Jefe de Talento Humano.**




Este documento solamente es para uso interno y no debe ser distribuido sin autorización, queda prohibida su modificación, reproducción parcial o total. Si este documento está impreso se considera copia no controlada

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 ACTUAL O CONTRATO VIGENTE*

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| VIVIR IPS. | | X | COLOMBIA. |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| NORTE DE SANTANDER | CUCUTA. | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3103503383. | DÍA 18 MES 09 AÑO 2020 | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Enfermera Jefe | Asistencial. | |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| ASERVIS. | | X | COLOMBIA. |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Cundinamarca. | Bogotá | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3223830260. | DÍA 09 MES 12 AÑO 2020 | DÍA 01 MES 03 AÑO 2022 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Enfermera Jefe | | |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Clinica San Jose de Cucuta | | X | COLOMBIA. |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Santander Norte | Cucuta. | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 5821111 | DÍA 21 MES 01 AÑO 2016 | DÍA 02 MES 12 AÑO 2020. |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Enfermera Jefe | Asistencial. | |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| | | | |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| | | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| | | |

**NOTA:** SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA ) | NOMBRES |
|---|---|---|
| Manilla | Gomez | Paula Esperanza. |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1090433381. | SEXO: F ( ) M ( ) | NACIONALIDAD: COL. ( ) EXTRANJERO ( ) | PAÍS: _____

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

**FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO**

FECHA: DÍA 26 MES 04 AÑO 1991

PAÍS: Colombia

DEPTO: Norte de Santander

MUNICIPIO: Saravata.

**DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA**

PAÍS: COLOMBIA. DEPTO: _____

MUNICIPIO: _____

TELÉFONO: 3123551126 EMAIL: Paulrgmail@gmail.

## 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: Bachillerato. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUN ARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | 11 X | MES [ ] AÑO 2007. |

**EDUCACION 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 SI | GRADUADO NO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN MES | TERMINACIÓN AÑO | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Presencial | | X | | Enfermera Profesional | | 2015 | 1090433381 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

| IDIOMA | LO HABLA R | LO HABLA B | LO HABLA MB | LO LEE R | LO LEE B | LO LEE MB | LO ESCRIBE R | LO ESCRIBE B | LO ESCRIBE MB |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 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* | | |
| *EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO* | 7 | |
| *TRABAJADOR INDEPENDIENTE* | | |
| *TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA* | 7 | |

## 5 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*_____

_____

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

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

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

_____ _____

*Ciudad y fecha* *NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.090.433.381
MANTILLA GOMEZ
APELLIDOS
PAULA ESPERANZA DE BELEN
NOMBRES

Paula E. Mantilla Gómez
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 26-ABR-1991
SARDINATA
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.54 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
29-ABR-2009 CUCUTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

P-2500100-00184677-F-1090433381-20090610 0017015992A 1 27380228

República de Colombia

Ministerio de Educación Nacional y en su nombre

# La Universidad de Santander

## UDES

Aprobada por el Ministerio de Educación Nacional de conformidad con la Personería Jurídica No. 810 de 1996 y la Resolución No. 6216 del 22 de diciembre de 2005

Teniendo en cuenta que:

## Paula Esperanza de Belén Mantilla Gómez

C.C No. 1099433381 Expedida en: Cúcuta (Norte de Santander)

Cursó y aprobó los estudios y cumplió con las exigencias legales y reglamentarias, le confiere el título de:

## Enfermera

En constancia de lo anterior se firma y sella este Diploma, en la ciudad de Bucaramanga, el día 20 del mes Mayo del año 2015

Rector

Secretario General

Director del Programa

Registrado en el folio 46827 Libro 20-2 Nº de Acta 48542 Diploma No. 37112

**Universidad de Santander**
UDES

Personería Jur. 810 de 12/03/96 Min.Educación
Resolución No. 6216 - 22/12/05 Min.Educación

# *ACTA DE GRADO No 48542*

*En la ciudad de Bucaramanga, Departamento de Santander, República de Colombia a los* ***VEINTE (20)*** *días del mes* ***MAYO*** *del año* ***DOS MIL QUINCE (2015)*** *se reunió el Consejo Académico de la* ***UNIVERSIDAD DE SANTANDER***
*Presidió la sesión* ***JAIME RESTREPO CUARTAS*** *y*
*obró como Secretario* ***JOSÉ ASTHUL RANGEL CHACÓN***
*Considerando el Consejo que* ***PAULA ESPERANZA DE BELÉN MANTILLA GÓMEZ***
*Con cédula de ciudadanía número* ***1.090.433.381*** *Expedida* ***CÚCUTA (NORTE DE SANTANDER)***
*y libreta militar número* *Expedida por*
*Cumplió con las disposiciones legales, reglamentarias, presentó el proyecto de grado con el título*

***AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS QUE ASISTEN A LA CLÍNICA DE CANCEROLOGÍA DE NORTE DE SANTANDER DURANTE LOS MESES FEBRERO A ABRIL 2014 EN LA CIUDAD DE SAN JOSÉ DE CÚCUTA.***

*y obtuvo un promedio ponderado en su carrera* ***(3.45) TRES PUNTO CUARENTA Y CINCO*** *sobre cinco.*
*En consideración a lo anterior y obrando en nombre de la República de Colombia se le otorgó el título de*

*ENFERMERA*

*Bajo la gravedad de juramento, el graduando prometió cumplir con los deberes propios del ejercicio de su profesión.*

*En constancia se extiende y firma la presente acta.*

*Rector,* ***JAIME RESTREPO CUARTAS***

*Secretario General,* ***JOSÉ ASTHUL RANGEL CHACÓN***

*Hay un sello que dice:* ***REPUBLICA DE COLOMBIA, BUCARAMANGA, UNIVERSIDAD DE SANTANDER.***
*Es fiel copia de su original tomada el día* ***VEINTE (20)*** *del mes de* ***MAYO*** *de* ***DOS MIL QUINCE (2015).***

*Registrado en el Folio No.* ***46827****, Libro* ***D-2*** *Diploma No.* ***37112***

***JOSÉ ASTHUL RANGEL CHACÓN***
***Secretario General***

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Ministerio de Salud y Protección Social
ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA
IDENTIFICACIÓN ÚNICA
DEL TALENTO HUMANO EN SALUD



C.C. 1.090.433.381
ENFERMERA
**PAULA ESPERANZA DE BELEN MANTILLA GOMEZ**
UNIVERSIDAD DE SANTANDER - UDES
CUCUTA

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DIPLOMA: 20/05/2015
FECHA DE INSCRIPCIÓN EN EL RETHUS: 26/11/2015

Crear-ID.com | 021 9116

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

Esta tarjeta es un documento público y se expide de conformidad con la Ley 1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010.

Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la Organización Colegial de Enfermería.

FIRMA DEL PROFESIONAL

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

*NIT. 901544869-6*

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

# *Certifica*

# *Paula Esperanza de Belén Mantilla Gómez*

## *CC 1090433381 de Cúcuta*

Realizó y aprobó el Curso Atención intregal A Victimas De La Violencia Sexual- Codigo Fucisa. Resolución 3100 -2019 con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2023-06-02
Fecha de vencimiento: 2025-06-02

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

*NIT. 901544869-6*

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

# *Certifica*

# *Paula Esperanza de Belén Mantilla Gómez*

## *CC 1090433381 de Cúcuta*

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Básico RCP (BLS) y Soporte Vital Avanzado ( ACLS) Resolución 3100 -2019 con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2023-04-02
Fecha de vencimiento: 2025-04-02

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Resultado General -2022-05-09--9:41:35 PM

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación | Detalles |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1090433381 | PAULA | ESPERANZA DE BELEN | MANTILLA | GOMEZ | Vigente | Ver |

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) PAULA ESPERANZA DE BELEN MANTILLA GOMEZ identificado(a) con CC 1090433381 registra La siguiente información:

2022-05-09--9:41:35 PM

Información Académica

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesion u Ocupacion | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| UNV | Local | ENFERMERIA | 2015-11-26 | 1090433408 | ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA |

Datos SSO

| Tipo Prestación | Tipo Lugar Prestación | Lugar Prestación | Fecha Inicio | Fecha Fin | Modalidad Prestación | Programa Prestación | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Exonerado del SSO | Local | COLOMBIA\|NO APLICA\| | 1900-01-01 | 1900-01-01 | Sin Modalidad | Enfermeria | ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA |

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

Clínica San José de Cúcuta

**EL DEPARTAMENTO DE TALENTO HUMANO DE LA CLÍNICA SAN JOSÉ DE CÚCUTA S.A.**
**NIT: 800.012.189-7**

**HACE CONSTAR**

Que él (a) señor(a) **PAULA ESPERANZA DE BELÉN MANTILLA GOMEZ** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No.**1090433381** expedida en Cúcuta, laboró en esta empresa desde el 21 de enero del 2016 hasta el día 02 de diciembre del 2020 con contrato de trabajo a término fijo, desempeñando el cargo de **ENFERMERA JEFE.**

En constancia se expide en la ciudad de Cúcuta, a los veintiocho (28) días del mes de abril del año Dos Mil Veintitrés (2023), a solicitud del interesado.

**LEIDY ADRIANA GÓMEZ AGUDELO**
**COORDINADORA DE TALENTO HUMANO**


**Teléfono:** 5821111 **Fax:** 582 1111 **Dirección:** Calle 13 Nº 1E - 74 Caobos - Cúcuta - Norte de santander
**UrgenciasTorre A:** 5714421. **Urgencias Torre B:** 5833700

# *A QUIEN PUEDA INTERESAR*

**LA EMPRESA DE SERVICIOS TEMPORALES SOLUCIONES LABORALES Y DE SERVICIOS S.A.S–EN LIQUIDACION - SOLASERVIS S.A.S**, con **NIT. 900.577.600-0, domiciliada en la ciudad de Bogotá, hace constar que el señor(a):PAULA ESPERANZA DE BELEN MANTILLA GOMEZ,** identificado(a) con la Cédula de Ciudadanía **No.1090433381,** estuvo vinculado(a) a nuestra Compañía desde el **miércoles, 09 de diciembre de 2020** hasta el **martes, 01 de marzo de 2022,** ejecutando el cargo de **ENFERMERO(A) JEFE ESPECIALIZADO(A)** mediante un contrato de trabajo por el término que dure la realización de la obra o labor determinada, con un salario mensual de **$2.600.000** y por otros conceptos, **(AUXILIOS NO CONSTITUTIVOS DE SALARIO),** Un valor de **$550.000** .

Para constancia de lo anterior, se firma en la ciudad de **Bogotá D.C 3 de marzo de 2022.**

**JOSE JOAQUIN BECERRA GUERRERO**
**LIQUIDADOR**

**EMPRESA: MEDICAL DUARTE**
**CARGO:ENFERMERO(A) JEFE ESPECIALIZADO(A)**
**C.C. Hoja de vida**
**Elaboró: AANM**

**MODIFICADO 07/08/2019**



Calle 52B 75 - 24 Normandía / Bogotá- Colombia. Correo: liquidadorest@solaservis.co / Cel: 3223630260.

**VIVIR IPS SAS**
**NIT. 830017370-6**

**CERTIFICA**

Que la señora **Paula Esperanza de Belén Mantilla Gómez** identificada con cedula de ciudadanía No. 1090433381, está vinculado a nuestra entidad mediante contrato por **Prestación de servicios,** desempeñando el cargo de **Enfermera atención paciente VIH,** desde el día dieciocho (18) de septiembre de dos mil veinte (2020) a actualmente. con participación en los siguientes programas:

| OBJETO | ENTIDAD | FECHA DE TERMINACION |
|---|---|---|
| La prestación de servicios para la atención integral ambulatoria de personas viviendo con VIH/sida o presunción diagnóstica del subsistema de salud de las fuerzas militares", a ejecutar en la vigencia del año 2023 | EJÉRCITO NACIONAL | 30/11/2023 |
| Prestación de servicios de salud de alto costo para el tratamiento integral de VIH debidamente habilitados para los usuarios a la eps convida del régimen subsidiado bajo la modalidad de pago global prospectivo. | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO EPS CONVIDA | 28/02/2022 |
| Atención integral en salud para usurario del subsistema de salud de la policía nacional con VIH-sida, para la región 4 andina amazonas y oriental | DIRECCIÓN DE SANIDAD DE LA POLICÍA NACIONAL DISAN PONAL | 08/07/2023 |
| Prestación de servicios de salud y atención integral especializada con promoción y prevención, seguimiento, manejo, control y dispensación de medicamentos para los usuarios que viven con VIH/sida, residentes en todo el territorio nacional y que son adscritos a los establecimientos de sanidad militar de la armada nacional | DIRECCIÓN DE SANIDAD ARMADA NACIONAL | 28/02/2023 |

Se expide a los **veintiseis (26) días del mes de agosto de Dos mil Veinticuatro (2024),** para su
confirmación usted puede comunicarse al (601) 5680533 - 3103505383.

Cordialmente;

**EDNA ROCIO HASTAMORIR BONILLA**
**Jefe de Talento Humano.**




Este documento solamente es para uso interno y no debe ser distribuido sin autorización, queda prohibida su modificación, reproducción parcial o total. Si este documento está impreso se considera copia no controlada

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA ) | NOMBRES |
|---|---|---|
| Zambrano | Numa | TAHIRI STEPHANY. |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1094265888 | SEXO: F (X) M ( ) | NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: _____

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 15 MES 01 AÑO 1991

PAÍS: Colombia

DEPTO: Norte Santander

MUNICIPIO: Cucuta.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

PAÍS: Colombia DEPTO: N. Santander

MUNICIPIO: Cucuta.

TELÉFONO: 3165763557 EMAIL: _____

## 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: |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUN ARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | 11 | MES [ ] AÑO [ ] |

**EDUCACION 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 SI | GRADUADO NO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN MES | TERMINACIÓN AÑO | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pres. | | X | | Medico General | 12 | 2015 | |
| Pres. | | X | | Esp. Auditoria Salud | | 2019 | |
| Pres. | | X | | Master VIH | | 2019 | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

| IDIOMA | LO HABLA R | LO HABLA B | LO HABLA MB | LO LEE R | LO LEE B | LO LEE MB | LO ESCRIBE R | LO ESCRIBE B | LO ESCRIBE 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 ACTUAL O CONTRATO VIGENTE**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| VIVIR IPS SAS. | | X | COLOMBIA. |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| N. Santander | Cucuta'. | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3103505383 | DÍA 09 MES 02 AÑO 2020 | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Medico Exp. VIH | Asistencial. | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| SIES Salud S.A. | | X | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Cundinamarca | Bogotá'. | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3183503076. | DÍA 19 MES 01 AÑO 2022 | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Medico Experto | Asistencial | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| CRISTUS SINERGIA | | X | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| N. Santander | Cucuta. | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3180038. | DÍA 01 MES 06 AÑO 2017 | DÍA 12 MES 09 AÑO 2018 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Medico Exp. | Asistencial | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| AIDS HealthCare. | | X | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Norte D Santander | Cucuta. | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 2566533 | DÍA 10 MES 09 AÑO 2018 | DÍA 18 MES 01 AÑO 2022 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Medico. | Asistencial. | |

**NOTA:** SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 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* | | |
| *EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO* | 5 | |
| *TRABAJADOR INDEPENDIENTE* | | |
| ***TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA*** | 5 | |

## 5 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*_____

_____

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

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

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

_____ _____

*Ciudad y fecha* *NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

**REPUBLICA DE COLOMBIA**
**IDENTIFICACION PERSONAL**
CEDULA DE CIUDADANIA



NUMERO **1.094.265.888**

**ZAMBRANO NUMA**

APELLIDOS

**TAHIRI STEPHANY**

NOMBRES

Tahiri S Zambrano

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-ENE-1991**

**CUCUTA**
**(NORTE DE SANTANDER)**

LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.55** | **A+** | **F** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**27-ENE-2009 PAMPLONA**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2500100-00704789-F-1094265888-20150511 **0044**128524A 2 7613392506

FUNDACIÓN NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

# *Certifica*

## *Tahiri Stephanie Zambrano Numa*

*CC 1.094.265.888 de Pamplona*

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Básico BLS - con un total de 25 Horas.

Fecha de emisión: 2023-03-20

Fecha de vencimiento: 2025-03-21

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

NG. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

*NIT. 901366232-1*

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

# *Certifica*

# *Tahiri Stephany Zambrano Numa*

## *c.c. 1094265888 de Pamplona - Norte De Santander*

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia - Resolución 3100 / 2019 y Sentencia C - 55 -2022
con un total de 80 Horas.

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

Fecha de emisión: 2022-10-08
Fecha de vencimiento: 2024-10-08

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Escaneado con CamSc

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

*NIT. 901366232-1*

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

# *Certifica*

# *Tahiri Stephany Zambrano Numa*

## *CC 1094265888 de Pamplona - Norte De Santander*

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Avanzado RCP (ACLS) Resolución 3100 -2019 con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2022-12-27
Fecha de vencimiento: 2024-12-27

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Powered by CamScanner

Universidad
Rey Juan Carlos

GOBIERNO DE ESPAÑA · MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL

**La Universidad Rey Juan Carlos**

y en su nombre

El Excmo. y Magfco. Sr. Rector

conforme a lo dispuesto en el Art. 34.1 de la Ley Orgánica de Universidades 4/2007
y el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social

otorgan a

**Doña TAHIRI STEPHANY ZAMBRANO NUMA**

el presente Título Propio

**MÁSTER SOBRE INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA**

Madrid, a 5 de noviembre de 2019

El Interesado

Tahiri S. Zambrano.

El Rector de la Universidad
Rey Juan Carlos

Francisco Javier Ramos López

La Jefa del Área Asistencial y de Investigación
Plan Nacional sobre el SIDA

Dra. Rosa Polo Rodríguez

Scanned with CamScanner

*La República de Colombia*

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
Y EN SU NOMBRE

# LA UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

CON PERSONERÍA JURÍDICA RECONOCIDA MEDIANTE DECRETO 1550 DE 1971

CONFIERE EL TÍTULO DE

## *MÉDICA*

A

## *TAHIRI STEPHANY ZAMBRANO NUMA*

CC 1.094.265.888 Expedida en PAMPLONA

Quien cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos. En testimonio de ello otorga el presente

## DIPLOMA

En la ciudad de Pamplona, *18 de Diciembre* de *2015*

*Elio Daniel Serrano Velasco*
Rector(a)

*Clara Liliana Parra Zabala*
Secretario(a) General

Registro *73809* Folio *416* Libro *10* de Diplomas de Grado

77934

# UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

Secretaría General

## Acta de Grado N° 562

En la ciudad de Pamplona, Departamento de Norte de Santander, República de Colombia, a los 18 días del mes de Diciembre 2015, se llevó a cabo la Ceremonia de Graduación en la cual la Universidad de Pamplona aprobada por el Decreto N° 1550 del 13 de agosto de 1971, emanado de la Presidencia de la República, otorgó el grado de MÉDICA

a TAHIRI STEPHANY ZAMBRANO NUMA

Identificado(a) con C.C. N° 1.094.265.888 de PAMPLONA

quien aprobó todas las asignaturas que conforman el Plan de Estudio y dio cumplimiento a los demás requisitos de grado exigidos por la Universidad. Presidió el Acto de Graduación el señor Rector de la Universidad Doctor(a) Elio Daniel Serrano Velasco

Quien después de tomar el juramento de rigor procedió a entregar al graduando el diploma correspondiente, marcado en su orden con el Número 77934 y registrado con el Número 73809, Folio 416, Libro 10 de Diplomas.

Para constancia se extiende y firma la presente Acta.

El Rector (fdo) Doctor(a) Elio Daniel Serrano Velasco

El Decano (fdo) Facultad de Salud
Henry Alfonso Becerra Riaño

El Secretario(a) General (fdo) Doctor(a) Clara Liliana Parra Zabala

Es fiel copia tomada en su original, en Pamplona a los 18 días del mes de Diciembre de 2015

CLARA LILIANA PARRA ZABALA

Secretario(a) General

CMC

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

TAHIRI STEPHANY ZAMBRANO NUMA

C.C o C.E 1094265888

Profesión u Ocupación

MEDICO

Especialidad

Institución de Educación
U. DE PAMPLONA

Ciudad PAMPLONA

Fecha de expedición diploma 18/12/2015

Fecha de inscripción RETHUS 07/03/2017



CMC2017-20818

Scanned by CamScanner

Firma



Firma representante Colegio Médico Colombiano

Esta tarjeta es un documento público y se expide de conformidad con la Ley1164 de 2007
y el Decreto 4192 de 2010. Si esta tarjeta es encontrada,
favor devolverla al Colegio Médico Colombiano Cra. 15 A No. 121- 12 Of. 301
info@colegiomedicocolombiano.org

Scanned by CamScanner

SISPRO - APLICATIVOS MISIONALES
Sistema Integral de Información de la Protección Social

Ingresar | Registrarse | Ayuda

ReTHUS

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

| Tipo de Identificación * | Número de Identificación * | Primer Nombre | Primer Apellido |
|---|---|---|---|
| Cedula de Ciudadania | 1094265888 | TAHIRI | ZAMBRANO |

Confirme los números de la imagen *



Cambiar

7177

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

**Resultado General -2023-05-09 7:48:58 AM**

| Tipo Identificación | Nro. Identificacion | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificacion: | Detalles |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1094265888 | TAHIRI | STEPHANY | ZAMBRANO | NUMA | Vigente | Ver |

**De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) TAHIRI STEPHANY ZAMBRANO NUMA identificado(a) con CC 1094265888 registra La siguiente información:**

**2023-05-09 7:48:58 AM**

**Información Académica**

| Tipo Programa | Origen Obtención Titulo | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| UNV | Local | MEDICINA | 2017-03-07 | 19712 | COLEGIO MEDICO COLOMBIANO |

**Datos SSO**

| Tipo Prestación | Tipo Lugar Prestación | Lugar Prestación | Fecha Inicio | Fecha Fin | Modalidad Prestación | Programa Prestación | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Presto SSO | Local | COLOMBIA\|NORTE DE SANTANDER\|SAN JOSÉ DE CÚCUTA | 2016-02-02 | 2017-02-01 | Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada | Medicina | COLEGIO MEDICO COLOMBIANO |

La

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

## CERTIFICACIÓN LABORAL

Yo, Nubia Claudina Camelo Suarez, persona natural, identificada con la cédula de ciudadanía Nro. 41.681.345, obrando en calidad de representante legal de COLOMBIA TRIBUTA CONSULTING S.A.S identificada con NIT. 900.999.596-1 sociedad que representa legalmente a **AIDS HEALTHCARE FOUNDATION COLOMBIA** identificada con NIT.901.127.885-6 me permito CERTIFICAR que:

La señora TAHIRI STEPHANY ZAMBRANO NUMA, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía número 1.094.265.888 tuvo suscrito con AIDS HEALTHCARE FOUNDATION COLOMBIA identificada con Nit.901.127.885-6, un contrato de trabajo que se rigió por las siguientes características:

| | |
|---|---|
| **TIPO DE CONTRATO** | INDEFINIDO |
| **SALARIO MENSUAL** | $ 3.000.000 |
| **PAGOS ADICIONALES** | NINGUNO |
| **FECHA DE INICIO** | 10 DE SEPTIEMBRE DE 2018 |
| **FECHA DE RETIRO** | 18 DE ENERO DE 2022 |
| **CARGO** | MEDICA |

El trabajador durante la relación laboral estuvo afiliado al sistema de seguridad social integral, en cada una de las siguientes entidades:

| | |
|---|---|
| **E.P.S.** | COOMEVA |
| **A.F.P.** | PORVENIR |
| **A.R.L.** | SURA |
| **C.C.F.** | COMFAORIENTE |

Los datos incluidos en la presente certificación podrán ser verificados en este número telefónico 2566533 o al correo electrónico: juridica@colombiatributa.com

Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá D.C., el veintiocho (28) de febrero de dos mil veintidós (2022)

Nubia Claudina Camelo Suarez
C.C. 41.681.345
Representante Legal de
COLOMBIA TRIBUTA CONSULTING S.A.S sociedad que actúa como
representante legal de
**AIDS HEALTHCARE FOUNDATION COLOMBIA**
Nit.901.127.885-6

CHRISTUS SINERGIA Salud

## CERTIFICA QUE:

Que el (la) señor(a) TAHIRI STEPHANY ZAMBRANO NUMA, identificado(a) con CC-Cédula de ciudadanía No.1094265888 de PAMPLONA - NORTE DE SANTANDER, prestó sus servicios a SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S., entre el 01 de Junio de 2017 y el 12 de Septiembre de 2018.

Al momento de su retiro se encontraba desempeñando el cargo de MEDICO GENERAL P Y P PAL UBA CUCUTA CUC.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, el día 27 de Septiembre de 2018, con destino a Quien Pueda Interesar.

Atentamente,

**DIANA CAROLINA GONZALEZ PEREZ**
**JEFE OPERACIONES GESTION HUMANA PAL Sede Admin CLI**
**SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S.**
**NIT. 900363673-9**

Para información adicional, comunicarse al Teléfono: 3180038 Ext. 39102 Cali ó 01-8000-963096

Horario de atención: Lunes a Viernes de 7:30a.m. a 12:20p.m. y de 1:30p.m. a 5:30p.m.

## SIES SALUD S.A.S

## CERTIFICA:

Que el (la) señor (a) **TAHIRI STEPHANY ZAMBRANO NUMA** identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía No. **1.094.265.888**, labora en la compañía con un contrato a **TERMINO INDEFINIDO,** desempeñando el cargo de **ESPECIALISTA MÉDICO EXPERTO VIH,** desde 19 de enero de 2022, percibiendo una remuneración mensual de la siguiente manera:

| | |
|---|---|
| Sueldo básico | $5.100.000 |
| Auxilio de Alimentación (INS) | $1.300.000 |
| Auxilio de Rodamiento (INS) | $0 |

El presente certificado se expide a solicitud del interesado, el día 18 de febrero de 2023.

En caso de requerir confirmación del presente certificado, favor comunicarse por medio de los siguientes datos de contacto: celular corporativo 3183503076 o a través del correo rrodriguezo@siessalud.com.co

Cordialmente,

**LUZ DARY BALLEN**
**Líder Gestión del Talento Humano y Calidad de Vida**
**SIES SALUD S.A.S**
**900.123.436-0**
**FLN**

**INS: (INGRESO NO CONSTITUTIVO DE SALARIO)**

**VIVIR IPS SAS**
**NIT. 830017370-6**

**CERTIFICA**

Que la señora **Tahiri Stephania Zambrano Numa** identificada con cedula de ciudadanía No. 1094265888, está vinculada a nuestra entidad mediante contrato por **Prestación de servicios,** desempeñando el cargo de **Medico experto VIH,** desde el día nueve (9) de febrero de dos mil veinte (2020) a actualmente. con participación en los siguientes programas:

| OBJETO | ENTIDAD | FECHA DE TERMINACION |
|---|---|---|
| La prestación de servicios para la atención integral ambulatoria de personas viviendo con VIH/sida o presunción diagnóstica del subsistema de salud de las fuerzas militares", a ejecutar en la vigencia del año 2023 | EJÉRCITO NACIONAL | 30/11/2023 |
| Prestación de servicios de salud de alto costo para el tratamiento integral de VIH debidamente habilitados para los usuarios a la eps convida del régimen subsidiado bajo la modalidad de pago global prospectivo. | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO EPS CONVIDA | 28/02/2022 |
| Atención integral en salud para usurario del subsistema de salud de la policía nacional con VIH-sida, para la región 4 andina amazonas y oriental | DIRECCIÓN DE SANIDAD DE LA POLICÍA NACIONAL DISAN PONAL | 08/07/2023 |
| Prestación de servicios de salud y atención integral especializada con promoción y prevención, seguimiento, manejo, control y dispensación de medicamentos para los usuarios que viven con VIH/sida, residentes en todo el territorio nacional y que son adscritos a los establecimientos de sanidad militar de la armada nacional | DIRECCIÓN DE SANIDAD ARMADA NACIONAL | 28/02/2023 |

Se expide a los **veintiseis (26 días del mes de agosto de Dos mil Veinticuatro (2024),** para su
confirmación usted puede comunicarse al (601) 5680533 - 3103505383.

Cordialmente;



**EDNA ROCIO HASTAMORIR BONILLA**
**Jefe de Talento Humano.**




Este documento solamente es para uso interno y no debe ser distribuido sin autorización, queda prohibida su modificación, reproducción parcial o total. Si este documento está impreso se considera copia no controlada

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA ) | NOMBRES |
|---|---|---|
| Zambrano | Numa | TAHIRI STEPHANY. |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1094265888 | SEXO: F (X) M ( ) | NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: _____

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 15 MES 01 AÑO 1991

PAÍS: Colombia

DEPTO: Norte Santander

MUNICIPIO: Cucuta.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

PAÍS: Colombia DEPTO: N. Santander

MUNICIPIO: Cucuta.

TELÉFONO: 3165763557 EMAIL: _____

## 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: |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUN ARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | 11 | MES [ ] AÑO [ ] |

**EDUCACION 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 SI | GRADUADO NO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN MES | TERMINACIÓN AÑO | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pres. | | X | | Medico General | 12 | 2015 | |
| Pres. | | X | | Esp. Auditoria Salud | | 2019 | |
| Pres. | | X | | Master VIH | | 2019 | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

| IDIOMA | LO HABLA R | LO HABLA B | LO HABLA MB | LO LEE R | LO LEE B | LO LEE MB | LO ESCRIBE R | LO ESCRIBE B | LO ESCRIBE 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 ACTUAL O CONTRATO VIGENTE**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| VIVIR IPS SAS. | | X | COLOMBIA. |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| N. Santander | Cucuta'. | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3103505383 | DÍA 09 MES 02 AÑO 2020 | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Medico Exp. VIH | Asistencial. | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| SIES Salud S.A. | | X | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Cundinamarca | Bogotá'. | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3183503076. | DÍA 19 MES 01 AÑO 2022 | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Medico Experto | Asistencial | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| CRISTUS SINERGIA | | X | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| N. Santander | Cucuta. | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3180038. | DÍA 01 MES 06 AÑO 2017 | DÍA 12 MES 09 AÑO 2018 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Medico Exp. | Asistencial | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| AIDS HealthCare. | | X | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Norte D Santander | Cucuta. | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 2566533 | DÍA 10 MES 09 AÑO 2018 | DÍA 18 MES 01 AÑO 2022 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Medico. | Asistencial. | |

**NOTA:** SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 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* | | |
| *EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO* | 5 | |
| *TRABAJADOR INDEPENDIENTE* | | |
| ***TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA*** | 5 | |

## 5 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*_____

_____

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

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

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

_____ _____

*Ciudad y fecha* *NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

**REPUBLICA DE COLOMBIA**
**IDENTIFICACION PERSONAL**
CEDULA DE CIUDADANIA



NUMERO **1.094.265.888**

**ZAMBRANO NUMA**

APELLIDOS

**TAHIRI STEPHANY**

NOMBRES

Tahiri S Zambrano

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-ENE-1991**

**CUCUTA**
**(NORTE DE SANTANDER)**

LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.55** | **A+** | **F** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**27-ENE-2009 PAMPLONA**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2500100-00704789-F-1094265888-20150511 **0044**128524A 2 7613392506

FUNDACIÓN NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

# *Certifica*

## *Tahiri Stephanie Zambrano Numa*

*CC 1.094.265.888 de Pamplona*

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Básico BLS - con un total de 25 Horas.

Fecha de emisión: 2023-03-20

Fecha de vencimiento: 2025-03-21

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

NG. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

*NIT. 901366232-1*

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

# *Certifica*

# *Tahiri Stephany Zambrano Numa*

## *c.c. 1094265888 de Pamplona - Norte De Santander*

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia - Resolución 3100 / 2019 y Sentencia C - 55 -2022
con un total de 80 Horas.

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

Fecha de emisión: 2022-10-08
Fecha de vencimiento: 2024-10-08

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Escaneado con CamSc

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

*NIT. 901366232-1*

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

# *Certifica*

# *Tahiri Stephany Zambrano Numa*

## *CC 1094265888 de Pamplona - Norte De Santander*

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Avanzado RCP (ACLS) Resolución 3100 -2019 con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2022-12-27
Fecha de vencimiento: 2024-12-27

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Powered by CamScanner

Universidad
Rey Juan Carlos

GOBIERNO DE ESPAÑA · MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL

**La Universidad Rey Juan Carlos**

y en su nombre

El Excmo. y Magfco. Sr. Rector

conforme a lo dispuesto en el Art. 34.1 de la Ley Orgánica de Universidades 4/2007
y el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social

otorgan a

**Doña TAHIRI STEPHANY ZAMBRANO NUMA**

el presente Título Propio

**MÁSTER SOBRE INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA**

Madrid, a 5 de noviembre de 2019

El Interesado

Tahiri S. Zambrano.

El Rector de la Universidad
Rey Juan Carlos

Francisco Javier Ramos López

La Jefa del Área Asistencial y de Investigación
Plan Nacional sobre el SIDA

Dra. Rosa Polo Rodríguez

Scanned with CamScanner

*La República de Colombia*

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
Y EN SU NOMBRE

# LA UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

CON PERSONERÍA JURÍDICA RECONOCIDA MEDIANTE DECRETO 1550 DE 1971

CONFIERE EL TÍTULO DE

## *MÉDICA*

A

## *TAHIRI STEPHANY ZAMBRANO NUMA*

CC 1.094.265.888 Expedida en PAMPLONA

Quien cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos. En testimonio de ello otorga el presente

## DIPLOMA

En la ciudad de Pamplona, *18 de Diciembre* de *2015*

*Elio Daniel Serrano Velasco*
Rector(a)

*Clara Liliana Parra Zabala*
Secretario(a) General

Registro *73809* Folio *416* Libro *10* de Diplomas de Grado

77934

# UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

Secretaría General

## Acta de Grado N° 562

En la ciudad de Pamplona, Departamento de Norte de Santander, República de Colombia, a los 18 días del mes de Diciembre 2015, se llevó a cabo la Ceremonia de Graduación en la cual la Universidad de Pamplona aprobada por el Decreto N° 1550 del 13 de agosto de 1971, emanado de la Presidencia de la República, otorgó el grado de MÉDICA

a TAHIRI STEPHANY ZAMBRANO NUMA

Identificado(a) con C.C. N° 1.094.265.888 de PAMPLONA

quien aprobó todas las asignaturas que conforman el Plan de Estudio y dio cumplimiento a los demás requisitos de grado exigidos por la Universidad. Presidió el Acto de Graduación el señor Rector de la Universidad Doctor(a) Elio Daniel Serrano Velasco

Quien después de tomar el juramento de rigor procedió a entregar al graduando el diploma correspondiente, marcado en su orden con el Número 77934 y registrado con el Número 73809, Folio 416, Libro 10 de Diplomas.

Para constancia se extiende y firma la presente Acta.

El Rector (fdo) Doctor(a) Elio Daniel Serrano Velasco

El Decano (fdo) Facultad de Salud
Henry Alfonso Becerra Riaño

El Secretario(a) General (fdo) Doctor(a) Clara Liliana Parra Zabala

Es fiel copia tomada en su original, en Pamplona a los 18 días del mes de Diciembre de 2015

CLARA LILIANA PARRA ZABALA

Secretario(a) General

CMC

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

TAHIRI STEPHANY ZAMBRANO NUMA

C.C o C.E 1094265888

Profesión u Ocupación

MEDICO

Especialidad

Institución de Educación
U. DE PAMPLONA

Ciudad PAMPLONA

Fecha de expedición diploma 18/12/2015

Fecha de inscripción RETHUS 07/03/2017



CMC2017-20818

Scanned by CamScanner

Firma



Firma representante Colegio Médico Colombiano

Esta tarjeta es un documento público y se expide de conformidad con la Ley1164 de 2007
y el Decreto 4192 de 2010. Si esta tarjeta es encontrada,
favor devolverla al Colegio Médico Colombiano Cra. 15 A No. 121- 12 Of. 301
info@colegiomedicocolombiano.org

Scanned by CamScanner

SISPRO - APLICATIVOS MISIONALES
Sistema Integral de Información de la Protección Social

Ingresar | Registrarse | Ayuda

ReTHUS

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

| Tipo de Identificación * | Número de Identificación * | Primer Nombre | Primer Apellido |
|---|---|---|---|
| Cedula de Ciudadania | 1094265888 | TAHIRI | ZAMBRANO |

Confirme los números de la imagen *



Cambiar

7177

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

**Resultado General -2023-05-09 7:48:58 AM**

| Tipo Identificación | Nro. Identificacion | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificacion: | Detalles |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1094265888 | TAHIRI | STEPHANY | ZAMBRANO | NUMA | Vigente | Ver |

**De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) TAHIRI STEPHANY ZAMBRANO NUMA identificado(a) con CC 1094265888 registra La siguiente información:**

**2023-05-09 7:48:58 AM**

**Información Académica**

| Tipo Programa | Origen Obtención Titulo | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| UNV | Local | MEDICINA | 2017-03-07 | 19712 | COLEGIO MEDICO COLOMBIANO |

**Datos SSO**

| Tipo Prestación | Tipo Lugar Prestación | Lugar Prestación | Fecha Inicio | Fecha Fin | Modalidad Prestación | Programa Prestación | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Presto SSO | Local | COLOMBIA\|NORTE DE SANTANDER\|SAN JOSÉ DE CÚCUTA | 2016-02-02 | 2017-02-01 | Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada | Medicina | COLEGIO MEDICO COLOMBIANO |

La

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

## CERTIFICACIÓN LABORAL

Yo, Nubia Claudina Camelo Suarez, persona natural, identificada con la cédula de ciudadanía Nro. 41.681.345, obrando en calidad de representante legal de COLOMBIA TRIBUTA CONSULTING S.A.S identificada con NIT. 900.999.596-1 sociedad que representa legalmente a **AIDS HEALTHCARE FOUNDATION COLOMBIA** identificada con NIT.901.127.885-6 me permito CERTIFICAR que:

La señora TAHIRI STEPHANY ZAMBRANO NUMA, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía número 1.094.265.888 tuvo suscrito con AIDS HEALTHCARE FOUNDATION COLOMBIA identificada con Nit.901.127.885-6, un contrato de trabajo que se rigió por las siguientes características:

| | |
|---|---|
| **TIPO DE CONTRATO** | INDEFINIDO |
| **SALARIO MENSUAL** | $ 3.000.000 |
| **PAGOS ADICIONALES** | NINGUNO |
| **FECHA DE INICIO** | 10 DE SEPTIEMBRE DE 2018 |
| **FECHA DE RETIRO** | 18 DE ENERO DE 2022 |
| **CARGO** | MEDICA |

El trabajador durante la relación laboral estuvo afiliado al sistema de seguridad social integral, en cada una de las siguientes entidades:

| | |
|---|---|
| **E.P.S.** | COOMEVA |
| **A.F.P.** | PORVENIR |
| **A.R.L.** | SURA |
| **C.C.F.** | COMFAORIENTE |

Los datos incluidos en la presente certificación podrán ser verificados en este número telefónico 2566533 o al correo electrónico: juridica@colombiatributa.com

Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá D.C., el veintiocho (28) de febrero de dos mil veintidós (2022)

Nubia Claudina Camelo Suarez
C.C. 41.681.345
Representante Legal de
COLOMBIA TRIBUTA CONSULTING S.A.S sociedad que actúa como
representante legal de
**AIDS HEALTHCARE FOUNDATION COLOMBIA**
Nit.901.127.885-6

CHRISTUS SINERGIA Salud

## CERTIFICA QUE:

Que el (la) señor(a) TAHIRI STEPHANY ZAMBRANO NUMA, identificado(a) con CC-Cédula de ciudadanía No.1094265888 de PAMPLONA - NORTE DE SANTANDER, prestó sus servicios a SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S., entre el 01 de Junio de 2017 y el 12 de Septiembre de 2018.

Al momento de su retiro se encontraba desempeñando el cargo de MEDICO GENERAL P Y P PAL UBA CUCUTA CUC.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, el día 27 de Septiembre de 2018, con destino a Quien Pueda Interesar.

Atentamente,

**DIANA CAROLINA GONZALEZ PEREZ**
**JEFE OPERACIONES GESTION HUMANA PAL Sede Admin CLI**
**SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S.**
**NIT. 900363673-9**

Para información adicional, comunicarse al Teléfono: 3180038 Ext. 39102 Cali ó 01-8000-963096

Horario de atención: Lunes a Viernes de 7:30a.m. a 12:20p.m. y de 1:30p.m. a 5:30p.m.

## SIES SALUD S.A.S

## CERTIFICA:

Que el (la) señor (a) **TAHIRI STEPHANY ZAMBRANO NUMA** identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía No. **1.094.265.888**, labora en la compañía con un contrato a **TERMINO INDEFINIDO,** desempeñando el cargo de **ESPECIALISTA MÉDICO EXPERTO VIH,** desde 19 de enero de 2022, percibiendo una remuneración mensual de la siguiente manera:

| | |
|---|---|
| Sueldo básico | $5.100.000 |
| Auxilio de Alimentación (INS) | $1.300.000 |
| Auxilio de Rodamiento (INS) | $0 |

El presente certificado se expide a solicitud del interesado, el día 18 de febrero de 2023.

En caso de requerir confirmación del presente certificado, favor comunicarse por medio de los siguientes datos de contacto: celular corporativo 3183503076 o a través del correo rrodriguezo@siessalud.com.co

Cordialmente,

**LUZ DARY BALLEN**
**Líder Gestión del Talento Humano y Calidad de Vida**
**SIES SALUD S.A.S**
**900.123.436-0**
**FLN**

**INS: (INGRESO NO CONSTITUTIVO DE SALARIO)**

**VIVIR IPS SAS**
**NIT. 830017370-6**

**CERTIFICA**

Que la señora **Tahiri Stephania Zambrano Numa** identificada con cedula de ciudadanía No. 1094265888, está vinculada a nuestra entidad mediante contrato por **Prestación de servicios,** desempeñando el cargo de **Medico experto VIH,** desde el día nueve (9) de febrero de dos mil veinte (2020) a actualmente. con participación en los siguientes programas:

| OBJETO | ENTIDAD | FECHA DE TERMINACION |
|---|---|---|
| La prestación de servicios para la atención integral ambulatoria de personas viviendo con VIH/sida o presunción diagnóstica del subsistema de salud de las fuerzas militares", a ejecutar en la vigencia del año 2023 | EJÉRCITO NACIONAL | 30/11/2023 |
| Prestación de servicios de salud de alto costo para el tratamiento integral de VIH debidamente habilitados para los usuarios a la eps convida del régimen subsidiado bajo la modalidad de pago global prospectivo. | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO EPS CONVIDA | 28/02/2022 |
| Atención integral en salud para usurario del subsistema de salud de la policía nacional con VIH-sida, para la región 4 andina amazonas y oriental | DIRECCIÓN DE SANIDAD DE LA POLICÍA NACIONAL DISAN PONAL | 08/07/2023 |
| Prestación de servicios de salud y atención integral especializada con promoción y prevención, seguimiento, manejo, control y dispensación de medicamentos para los usuarios que viven con VIH/sida, residentes en todo el territorio nacional y que son adscritos a los establecimientos de sanidad militar de la armada nacional | DIRECCIÓN DE SANIDAD ARMADA NACIONAL | 28/02/2023 |

Se expide a los **Once (11) días del mes de diciembre de Dos mil Veintitrés (2023),** para su confirmación usted puede comunicarse al (601) 5680533 - 3103505383.

Cordialmente;

**EDNA ROCIO HASTAMORIR BONILLA**
**Jefe de Talento Humano.**




Este documento solamente es para uso interno y no debe ser distribuido sin autorización, queda prohibida su modificación, reproducción parcial o total. Si este documento está impreso se considera copia no controlada

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA ) | NOMBRES |
|---|---|---|
| Camargo | Angulo | Karla Milena |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1143150047 — SEXO: F ( ) M ( ) — NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) — PAÍS: Colombia

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 21 MES 09 AÑO 1995

PAÍS: Colombia

DEPTO: N. Santander

MUNICIPIO: Cucuta.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Cll 1H 12 - 49.

PAÍS: Colombia DEPTO: N. Santa.

MUNICIPIO: Bucaramanga.

TELÉFONO: 3146369552. EMAIL: .

## 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: Bachiller |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUN ARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | X | MES [ ] AÑO 2011 |

**EDUCACION 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 SI | GRADUADO NO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN MES | TERMINACIÓN AÑO | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Presen. | | X | | Nutricionista. | | 2017 | MNDO046 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

| IDIOMA | LO HABLA R | LO HABLA B | LO HABLA MB | LO LEE R | LO LEE B | LO LEE MB | LO ESCRIBE R | LO ESCRIBE B | LO ESCRIBE 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 ACTUAL O CONTRATO VIGENTE*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| VIVIR IPS SAS. | | X | COLOMBIA |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| Norte Santander | CUCUTÁ | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| 3103505383. | DÍA 17 MES 03 AÑO 2020 | DÍA MES AÑO |

| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| NUTRICIONISTA. | Asistencial | |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| Promo Personal | | X | COLOMBIA |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| NORTE SANTANDER | CUCUTA' | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| 6430638 | DÍA 05 MES 03 AÑO 2018 | DÍA 21 MES 12 AÑO 2018 |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| NUTRICIONISTA. | Asistencial. | |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| | | | |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| | | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| | | |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| | | | |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| | | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| | | |

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 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* | | |
| *EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO* | 5 | |
| *TRABAJADOR INDEPENDIENTE* | | |
| ***TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA*** | 5. | |

## 5 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*_____

_____

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

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

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

_____ _____

*Ciudad y fecha* *NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA ) | NOMBRES |
|---|---|---|
| Redondo | Cundulla | Manuel José |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1095834032. SEXO: F (X) M ( ) NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: _____

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 24 MES 06 AÑO 1997

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: N. SANTANDER

MUNICIPIO: CUCUTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

PAÍS: COLOMBIA. DEPTO: N - SANTAN.

MUNICIPIO: CUCUTA.

TELÉFONO: 3004345047 EMAIL: _____

## 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: Bachiller |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUN ARIA | | | | MEDIA | FECHA DE GRADO |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | MES [ ] AÑO 2015 |
| | | | | | | | | | X | |

**EDUCACION 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 SI | GRADUADO NO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN MES | TERMINACIÓN AÑO | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Presencial | | X | | Psicologo | | 2021 | 226612. |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

| IDIOMA | LO HABLA R | LO HABLA B | LO HABLA MB | LO LEE R | LO LEE B | LO LEE MB | LO ESCRIBE R | LO ESCRIBE B | LO ESCRIBE 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 ACTUAL O CONTRATO VIGENTE*

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| VIVIR IPS | | X | COLOMBIA. |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| N. Santander | CUCUTA' | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3103505383. | DÍA 25 MES 07 AÑO 2020 | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Psicologo. | Psistencial | |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Hogar casa alfarero. | | | |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| N. Santander | CUCUTA' | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3A829s829. | DÍA 12 MES 02 AÑO 2020 | DÍA 12 MES 06 AÑO 2020 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| PSICOLOGO | | |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Psinergia | | X | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| N. Santander | CUCUTA' | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3144407001. | DÍA MES AÑO | DÍA 16 MES 06 AÑO 2021. |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| | | |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| | | | |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| | | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| | | |

**NOTA:** SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 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* | | |
| *EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO* | 3 | |
| *TRABAJADOR INDEPENDIENTE* | | |
| ***TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA*** | 3 | |

## 5 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*_____

_____

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

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

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

_____ _____

*Ciudad y fecha* *NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.095.834.032**

**REDONDO CHINCHILLA**

APELLIDOS

**MANUEL JOSE**

NOMBRES

Manuel Jose Redondo CH

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **24-JUN-1997**

**FLORIDABLANCA**
**(SANTANDER)**

LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.77** | **O+** | **M** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**06-JUL-2015 FLORIDABLANCA**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2708200-00753912-M-1095834032-20151007 0046841621A 4 44227523

CORPORACIÓN INTERNACIONAL DE LÍDERES ONG

Hace Constar Que

# Manuel Jose Redondo Chinchilla

C.C. 1.095.834.032

Aprobó los estudios correspondientes al

## CURSO

# SOPORTE VITAL BASICO (BLS)

**VIGENCIA 2 AÑOS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICION**

Con una intensidad de veinte (20) horas

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los veinticuatro (24) días del mes de Agosto del año 2023
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**




CS01222CF

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

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

POLITECNICO DE®
SURAMERICA
EDUCACIÓN CERTIFICADA

Licencia de funcionamiento otorgada mediante Resolución 005768
del 13 de mayo de 2016 de la Secretaría de Educación de Medellín,
Reg. Mercantil N° 21- 542120-12, NIT: 900872734-3

HACE CONSTAR QUE:

# MANUEL JOSE REDONDO CHINCHILLA

Con Documento de Identidad No 1095834032

**CURSÓ Y APROBÓ EL DIPLOMADO EN**

**ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA SEXUAL - AVVS**

Con una intensidad horaria de ciento veinte (120) horas

**MEDELLÍN – FEBRERO – 10 DE 2022**
**Registrado en el Libro de Actas No 0020220210**
**CÓDIGO DE SEGURIDAD 220210S**

**Rector - Daniel Mauricio Trejos Castañeda**
www.polisura.edu.co
La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante solicitud al correo matriculas@polisura.edu.co indicando el N° de acta con el cual se registra

CORPORACIÓN INTERNACIONAL DE LÍDERES ONG

## Hace Constar Que

# Manuel Jose Redondo Chinchilla

C.C. 1.095.834.032

Aprobó los estudios correspondientes al

## CURSO

# SOPORTE VITAL AVANZADO (ACLS)

**VIGENCIA 2 AÑOS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICION**

Con una intensidad de cuarenta y ocho (48) horas

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los veinticuatro (24) días del mes de Agosto del año 2023
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**




CS01230CR

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

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

POLITECNICO DE SURAMERICA®
EDUCACIÓN CERTIFICADA

Licencia de funcionamiento otorgada mediante Resolución 005768 del 13 de mayo de 2016 de la Secretaría de Educación de Medellín, Reg. Mercantil N° 21- 542120-12, NIT: 900872734-3

HACE CONSTAR QUE:

# MANUEL JOSE REDONDO CHINCHILLA

Con Documento de Identidad No 1095834032

**CURSÓ Y APROBÓ EL DIPLOMADO EN**

## ASESORÍA Y PRUEBA VOLUNTARIA PARA VIH CON ENFOQUE DIFERENCIAL Y DE VULNERABILIDAD

Con una intensidad horaria de ciento veinte (120) horas

**MEDELLÍN - AGOSTO 30 DE 2023 A SEPTIEMBRE 19 DE 2023**
**Registrado en el Libro de Actas No 0020230919**
**CÓDIGO DE SEGURIDAD 230919S**



**Rector - Daniel Mauricio Trejos Castañeda**
www.polisura.edu.co
La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante solicitud al correo matriculas@polisura.edu.co indicando el Nº de acta con el cual se registra

POLITECNICO DE®
SURAMERICA
EDUCACIÓN CERTIFICADA

Licencia de funcionamiento otorgada mediante Resolución 005768
del 13 de mayo de 2016 de la Secretaría de Educación de Medellín,
Reg. Mercantil N° 21- 542120-12, NIT: 900872734-3

HACE CONSTAR QUE:

# MANUEL JOSE REDONDO CHINCHILLA

Con Documento de Identidad No 1095834032

**CURSÓ Y APROBÓ EL DIPLOMADO EN**

**ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA SEXUAL - AVVS**

Con una intensidad horaria de ciento veinte (120) horas

**MEDELLÍN – FEBRERO – 10 DE 2022**
**Registrado en el Libro de Actas No 0020220210**
**CÓDIGO DE SEGURIDAD 220210S**

**Rector - Daniel Mauricio Trejos Castañeda**
www.polisura.edu.co
La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante solicitud al correo matriculas@polisura.edu.co indicando el N° de acta con el cual se registra

POLITECNICO DE SURAMERICA
EDUCACIÓN CERTIFICADA

Licencia de funcionamiento otorgada mediante Resolución 005768
del 13 de mayo de 2016 de la Secretaría de Educación de Medellín,
Reg. Mercantil N° 21- 542120-12, NIT: 900872734-3

HACE CONSTAR QUE:

# MANUEL JOSE REDONDO CHINCHILLA

Con Documento de Identidad No 1095834032

**CURSÓ Y APROBÓ EL DIPLOMADO EN**

**ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA SEXUAL - AVVS**

Con una intensidad horaria de ciento veinte (120) horas

**MEDELLÍN – FEBRERO – 10 DE 2022**
**Registrado en el Libro de Actas No 0020220210**
**CÓDIGO DE SEGURIDAD 220210S**

Rector - Daniel Mauricio Trejos Castañeda
www.polisura.edu.co
La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante solicitud al correo matriculas@polisura.edu.co indicando el N° de acta con el cual se registra

POLITECNICO DE SURAMERICA
EDUCACIÓN CERTIFICADA

Licencia de funcionamiento otorgada mediante Resolución 005768
del 13 de mayo de 2016 de la Secretaría de Educación de Medellín,
Reg. Mercantil N° 21- 542120-12, NIT: 900872734-3

HACE CONSTAR QUE:

MANUEL JOSE REDONDO CHINCHILLA

Con Documento de Identidad No 1095834032

CURSÓ Y APROBÓ EL DIPLOMADO EN

**GESTIÓN DEL DUELO**

Con una intensidad horaria de ciento veinte (120) horas

**MEDELLÍN - DICIEMBRE 14 DE 2022 A ENERO 10 DE 2023**
**Registrado en el Libro de Actas No 0020230110**
**CÓDIGO DE SEGURIDAD 230110S**

Rector - Daniel Mauricio Trejos Castañeda
www.polisura.edu.co
La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante solicitud al correo matriculas@polisura.edu.co indicando el N° de acta con el cual se registra

POLITECNICO DE SURAMERICA
EDUCACIÓN CERTIFICADA

Licencia de funcionamiento otorgada mediante Resolucion 005768
del 13 de mayo de 2016 de la Secretaría de Educación de Medellín,
Reg. Mercantil N° 21- 542120-12, NIT: 900872734-3

HACE CONSTAR QUE:

## MANUEL JOSE REDONDO CHINCHILLA

Con Documento de Identidad No 1095834032

**CURSÓ Y APROBÓ EL DIPLOMADO EN**

**PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Con una intensidad horaria de ciento veinte (120) horas

**MEDELLÍN - ENERO 25 DE 2023 A FEBRERO 21 DE 2023**
**Registrado en el Libro de Actas No 0020230221**
**CÓDIGO DE SEGURIDAD 230221S**

**Rector - Daniel Mauricio Trejos Castañeda**
www.polisura.edu.co
La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante solicitud al correo matriculas@polisura.edu.co indicando el N° de acta con el cual se registra

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

***Hace constar que***

**MANUEL JOSE REDONDO CHINCHILLA**

*Con Cedula de Ciudadania No. 1095834032*

*Cursó y aprobó la acción de Formación*

**HUMANIZACION DE LA ATENCION EN SALUD**

*con una duración de 48 horas*

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Medellin, a los trece (13) dias del mes de diciembre de dos mil veintiuno (2021)*

Firmado Digitalmente por

OLGA LUCIA LOPERA LOPERA
SUBDIRECTORA
CENTRO TEXTIL Y DE GESTION INDUSTRIAL
REGIONAL ANTIOQUIA

**79894530 - 13/12/2021**
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web https://certificados.sena.edu.co, bajo el número 92060024465866CC1095834032C.

POLITECNICO DE SURAMERICA
EDUCACIÓN CERTIFICADA

Licencia de funcionamiento otorgada mediante Resolución 005768 del 13 de mayo de 2016 de la Secretaría de Educación de Medellín, Reg. Mercantil N° 21- 542120-12, NIT: 900872734-3

HACE CONSTAR QUE:

# MANUEL JOSE REDONDO CHINCHILLA

Con Documento de Identidad No 1095834032

**CURSÓ Y APROBÓ EL DIPLOMADO EN**

**CUIDADO PALIATIVO EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO**

Con una intensidad horaria de ciento veinte (120) horas

**MEDELLÍN - NOVIEMBRE - 29 DE 2022**
**Registrado en el Libro de Actas No 0020221129**
**CÓDIGO DE SEGURIDAD 221129S**

Rector - Daniel Mauricio Trejos Castañeda
www.polisura.edu.co
La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante solicitud al correo matriculas@polisura.edu.co indicando el N° de acta con el cual se registra

POLITECNICO DE SURAMERICA
EDUCACIÓN CERTIFICADA

Licencia de funcionamiento otorgada mediante Resolución 005768
del 13 de mayo de 2016 de la Secretaría de Educación de Medellín,
Reg. Mercantil N° 21- 542120-12, NIT: 900872734-3

HACE CONSTAR QUE:

# MANUEL JOSE REDONDO CHINCHILLA

Con Documento de Identidad No 1095834032

**CURSÓ Y APROBÓ EL DIPLOMADO EN**

**PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS**

Con una intensidad horaria de ciento veinte (120) horas

**MEDELLÍN - MARZO 01 DE 2023 A MARZO 28 DE 2023**
**Registrado en el Libro de Actas No 0020230328**
**CÓDIGO DE SEGURIDAD 230328S**

Rector - Daniel Mauricio Trejos Castañeda
www.polisura.edu.co
La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante solicitud al correo matriculas@polisura.edu.co indicando el N° de acta con el cual se registra

POLITECNICO DE SURAMERICA
EDUCACIÓN CERTIFICADA

Licencia de funcionamiento otorgada mediante Resolución 005768
del 13 de mayo de 2016 de la Secretaría de Educación de Medellín,
Reg. Mercantil N° 21- 542120-12, NIT: 900872734-3

HACE CONSTAR QUE:

MANUEL JOSE REDONDO CHINCHILLA

Con Documento de Identidad No 1095834032

CURSÓ Y APROBÓ EL DIPLOMADO EN

**ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VICTIMAS PAPSIVI**

Con una intensidad horaria de ciento veinte (120) horas

**MEDELLÍN - MAYO10 DE 2020**
**Registrado en el Libro de Actas No 0020200510**
**CÓDIGO DE SEGURIDAD 200510S**

Rector - Daniel Mauricio Trejos Castañeda
www.polisura.edu.co
La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante solicitud al correo matriculas@polisura.edu.co indicando el N° de acta con el cual se registra

POLITECNICO DE SURAMERICA®
EDUCACIÓN CERTIFICADA

Licencia de funcionamiento otorgada mediante Resolución 005768 del 13 de mayo de 2016 de la Secretaría de Educación de Medellín, Reg. Mercantil N° 21- 542120-12, NIT: 900872734-3

HACE CONSTAR QUE:

# MANUEL JOSE REDONDO CHINCHILLA

Con Documento de Identidad No 1095834032

**CURSÓ Y APROBÓ EL DIPLOMADO EN**

## ASESORÍA Y PRUEBA VOLUNTARIA PARA VIH CON ENFOQUE DIFERENCIAL Y DE VULNERABILIDAD

Con una intensidad horaria de ciento veinte (120) horas

**MEDELLÍN - AGOSTO 30 DE 2023 A SEPTIEMBRE 19 DE 2023**
**Registrado en el Libro de Actas No 0020230919**
**CÓDIGO DE SEGURIDAD 230919S**



**Rector - Daniel Mauricio Trejos Castañeda**
www.polisura.edu.co
La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante solicitud al correo matriculas@polisura.edu.co indicando el Nº de acta con el cual se registra

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

# UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 21195 del 20 de Diciembre de 1985 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 501 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.
Resolución No. 1850 del 31 de Julio de 2002 emanada del Ministerio de Educación Nacional.

En atención a que

## MANUEL JOSE REDONDO CHINCHILLA

con cédula de ciudadanía No. 1.095.834.032 de Floridablanca
Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos
por la Universidad, le confiere el título de

## PSICÓLOGO

En testimonio de ello le expide el presente diploma y se firma en
Bucaramanga el día 19 de marzo de 2021

Libro de Registros No. 0060320211 Folio No. 017 Registro No. 0164
Refrendado en Bucaramanga el día 18 de marzo de 2021

Director (a) Sede

Rector (a)

Gloria Patricia Ramos
Secretario (a) General

Este documento fue firmado digitalmente conforme a la legislación colombiana vigente.

Registros y Diplomas: German Orlando Ortega Jaime

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

**RESOLUCIÓN No.** 04789

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 MANUEL JOSÉ REDONDO CHINCHILLA , identificado (a) con la cédula de Ciudadanía No. 1095834032 expedida en FLORIDABLANCA, ha solicitado la autorización del ejercicio profesional como: PSICOLOGIA.

TITULO que le otorgó, UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, el 19 DE MARZO DE 2021.

**RESUELVE:**

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a MANUEL JOSÉ REDONDO CHINCHILLA , identificado (a) con la cédula de Ciudadanía No. 1095834032 expedida en FLORIDABLANCA, para ejercer la profesión de : PSICOLOGIA, en todo el Territorio Nacional.

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

COMUNÍQUESE Y CUMPLASE,

22 ABR 2021

**JAVIER ALONSO VILLAMIZAR SUAREZ**
**Secretario de Salud Departamental**

Elaboro: JULIO CESAR SALGAR SERRANO
Revso: YELTZA L. HERNANDEZ GONZALEZ
VoBo. LUIS FELIPE TARAZONA VELASQUEZ

Esta Tarjeta Profesional es personal e intransferible y acredita a su portador como PSICÓLOGO de conformidad con los Artículos 6, 7 y 12 de la Ley 1090 de 2006 y es requisito legal para el ejercicio profesional en Colombia.

GLORIA AMPARO VÉLEZ
Presidente del Consejo Directivo

www.colpsic.org.co

COLPSIC

COLEGIO COLOMBIANO DE PSICÓLOGOS



TARJETA PROFESIONAL
DE PSICÓLOGO

No. 226612

Fecha de expedición: 23/03/2021

**MANUEL JOSÉ REDONDO CHINCHILLA**

Cédula de Ciudadanía
1095834032

Según la Ley 1090 de 2006, este documento es de carácter vitalicio y tiene validez nacional, por tanto su vigencia es permanente

Atención telefónica a través del Centro de Contacto:
En Bogotá: +57(1) 3305043 Resto del país: 018000960020
Horario de atención:
Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 9:00 p.m. y sábados de 8:00a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua.

Solicitudes, sugerencias y reclamos PQRSD
Notificaciones judiciales
Términos y condiciones de uso.

Cambiar

7535

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

**Resultado General -2023-07-24--8:20:26 AM**

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación: | Detalles |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1095834032 | MANUEL | JOSE | REDONDO | CHINCHILLA | Vigente | Ver |

**De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) MANUEL JOSE REDONDO CHINCHILLA identificado(a) con CC 1095834032 registra La siguiente información:**

**2023-07-24--8:20:26 AM**

**Información Académica**

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha Inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| UNV | Local | PSICOLOGIA | 2021-04-22 | 4789 | DTS DEPARTAMENTO DE SANTANDER |

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

**LA SUSCRITA DIRECTORA GENERAL DE PSINERGIA SERVICIOS PROFESIONALES**

HACE CONSTAR QUE:

El señor **MANUEL JOSE REDONDO CHINCHILLA** identificado con cédula de ciudadanía número **1.095.834.032**, hace parte de nuestra organización en calidad de **PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA,** desarrollando procesos de atención, orientación, asesoría psicológica para adolescentes y adultos encaminado a favorecer la salud mental de sus consultantes.

Durante su tiempo de vinculación la mencionada profesional en Psicología se ha destacado por su responsabilidad, compromiso, profesionalismo, cumplimiento con los principios éticos de su quehacer y valores humanos.

Se expide a los dieciséis (16) días del mes de junio de dos mil veintiuno (2021) a solicitud del interesado.

**LYDA MARITZA BOHÓRQUEZ ZAMBRANO.**
Director General
Psinergia.info@gmail.com
PSINERGIA Servicios Profesionales NIT. 63531685-2

Bucaramanga, Junio 12 del 2020

Señores:
**UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA**
UCC

La **FUNDACIÓN CASA HOGAR DEL ALFARERO** certifica que el estudiante **MANUEL JOSÉ REDONDO CHINCHILLA** identificado con cedula de ciudadanía N° **1.095.834.032,** realizó sus prácticas profesionales en el área de psicología durante el periodo académico Febrero 12 a Junio 12 de 2020, en las cuales mostró sus competencias como profesional y afianzó conocimientos adquiridos en el aula.

La práctica profesional para los estudiantes es una situación de retos, tanto profesional como educativa, por esta razón resaltamos su puntualidad, creatividad, colaboración y su trabajo que fue de gran aporte para nuestra fundación.

Cordialmente,

Trabajamos por el bienestar social

ROSA HELENA QUINTERO LAGUADO
PSICOLOGA
T.P 209603



Escaneado con CamScanner

**VIVIR IPS SAS**
**NIT. 830017370-6**

**CERTIFICA**

Que el señor **Manuel José Redondo Chinchilla** identificado con cedula de ciudadanía No. 1095834032 , está vinculado a nuestra entidad mediante contrato por **Prestación de Servicios,** desempeñando el cargo de **Psicólogo atención paciente VIH,** desde el día veinticinco (25) de julio de dos mil veinte (2020) a actualmente. con participación en los siguientes programas:

| OBJETO | ENTIDAD | FECHA DE TERMINACION |
|---|---|---|
| La prestación de servicios para la atención integral ambulatoria de personas viviendo con VIH/sida o presunción diagnóstica del subsistema de salud de las fuerzas militares", a ejecutar en la vigencia del año 2023 | EJÉRCITO NACIONAL | 30/11/2023 |
| Prestación de servicios de salud de alto costo para el tratamiento integral de VIH debidamente habilitados para los usuarios a la eps convida del régimen subsidiado bajo la modalidad de pago global prospectivo. | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO EPS CONVIDA | 28/02/2022 |
| Atención integral en salud para usurario del subsistema de salud de la policía nacional con VIH-sida, para la región 4 andina amazonas y oriental | DIRECCIÓN DE SANIDAD DE LA POLICÍA NACIONAL DISAN PONAL | 08/07/2023 |
| Prestación de servicios de salud y atención integral especializada con promoción y prevención, seguimiento, manejo, control y dispensación de medicamentos para los usuarios que viven con VIH/sida, residentes en todo el territorio nacional y que son adscritos a los establecimientos de sanidad militar de la armada nacional | DIRECCIÓN DE SANIDAD ARMADA NACIONAL | 28/02/2023 |

Se expide a los veintiseis **26) días del mes de agosto de Dos mil Veinticuatro (2024),** para su
confirmación usted puede comunicarse al (601) 5680533 - 3103505383.

Cordialmente;

**EDNA ROCIO HASTAMORIR BONILLA**
**Jefe de Talento Humano.**




Este documento solamente es para uso interno y no debe ser distribuido sin autorización, queda prohibida su modificación, reproducción parcial o total. Si este documento está impreso se considera copia no controlada

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA ) | NOMBRES |
|---|---|---|
| Ramirez | Pinzon. | Carlos Julio |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 7921655

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: ____

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO ____ D.M ____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA [ ] MES [ ] AÑO [ ]

PAÍS Colombia.

DEPTO Bolivar

MUNICIPIO Cartagena

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

PAÍS Colombia DEPTO Cucuta'

MUNICIPIO N. Santander

TELÉFONO 3222281738. EMAIL ____

## 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: Bachiller |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUN ARIA | | | | MEDIA | FECHA DE GRADO |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 X | MES [ ] AÑO [ ] |

**EDUCACION 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 SI | GRADUADO NO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN MES | TERMINACIÓN AÑO | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Presencial. | | X | | Quimico Farmaceutico | | 2010 | 7921655 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

| IDIOMA | LO HABLA R | LO HABLA B | LO HABLA MB | LO LEE R | LO LEE B | LO LEE MB | LO ESCRIBE R | LO ESCRIBE B | LO ESCRIBE 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 ACTUAL O CONTRATO VIGENTE*

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| VIVIR IPS S.A.S | | X | COLOMBIA. |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| N. Santander | CUCUTA' | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3103505383 | DÍA 18 MES 09 AÑO 2020 | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| QUIMICO | ASISTENCIAL. | |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| A.E.I. SAS. | | X | COLOMBIA. |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Cundinamarca | Bogotá' | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3227387673 | DÍA 23 MES 09 AÑO 2020 | DÍA 17 MES 03 AÑO 2021 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| QUIMICO | ASISTENCIAL | |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| VIHONCO IPS | | X | COLOMBIA. |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Cundinamarca | Bogotá' | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 5604158. | DÍA 09 MES 08 AÑO 2021 | DÍA 22 MES 03 AÑO 2022 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| QUIMICO | | |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| A H F COLOMBIA | | X | COLOMBIA. |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Cundinamarca | Bogotá' | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3185435718. | DÍA 10 MES 09 AÑO 2018 | DÍA 07 MES 02 AÑO 2020 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| QUIMICO. | | |

**NOTA:** SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 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* | | |
| *EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO* | 7 | |
| *TRABAJADOR INDEPENDIENTE* | | |
| ***TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA*** | 7 | |

## 5 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*_____

_____

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

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

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

_____ _____

*Ciudad y fecha* *NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL DE

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 7.921.655

RAMIREZ PINZON

APELLIDOS

CARLOS JULIO

NOMBRES



Carlos Julio Ramirez Pinzon

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 21-JUL-1978

CARTAGENA
(BOLIVAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.71 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

27-ENE-1997 CARTAGENA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0500100-00230348-M-0007921655-20100331 0021862825A 1 6020640550

La Fundación Red de VIH/SIDA del Valle del Cauca – REVIVA

certifica que:

*Carlos Julio Ramírez Pinzón*

*con cédula No. 7921655*

Asistió al:

"Simposio Regional de Actualización en VIH/Sida - Cúcuta 2019"

con una intensidad de cuatro (4) horas.

Ernesto Martínez B.
Presidente REVIVA

Cúcuta, agosto 3 de 2019

# VI CONGRESO NACIONAL DE ESTUDIANTES DE QUÍMICA FARMACÉUTICA

La Asociación Colombiana de Estudiantes de Química Farmacéutica ACEQF

**Certifica que**

*Carlos Julio Ramírez Pinzón*

C.C.

*7921655*

**Participó como**

*Asistente*

En el VI Congreso Nacional de Estudiantes de Química Farmacéutica, realizado en la ciudad de Medellín, del 21 al 24 de Septiembre de 2005, con una intensidad de 30 horas.

*Guillermo Andrés Montiel Rivera*
*Presidente Nacional ACEQF*

*Amanda Inés Mejía Gallón*
*Decana Facultad de Química Farmacéutica U. de A.*

ACEQF - Seccional Antioquia

Humax PHARMACEUTICAL

*"Porque el cuidado de la salud Requiere lo mejor"*

# FUNDACION INSTITUTO BOLIVARIANO
# ESDISEÑOS

*Aprobado por Resolución 2276 de 1995*
*de la Secretaría de Educación del Departamento de Bolívar.*

## CERTIFICA QUE:

## Carlos Ramirez Pinzón

*Identificado(a) con C.C. No. 7.921.655* *expedida en Cartagena*

***Realizó en esta institución el seminario Teórico-Práctico de***

## Procesos Pedagógicos y Calidad de la Educación

***Con una intensidad total de 20 horas***

INSTITUTO BOLIVARIANO ESDISEÑOS

*Coordinador Académico*

*Secretaria*

*Facilitador*

*Expedida en Cartagena* *a los 18 días del mes de Abril* *de 2005*

REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

***Hace Constar que***

CARLOS JULIO RAMIREZ PINZON

Con CEDULA DE CIUDADANIA No. 7921655

***Cursó y aprobó la acción de Formación***

PREPARACIÓN DE SOLUCIONES ACUOSAS

Con una duración de 40 Horas

*En testimonio de lo anterior se firma en Manizales a los Veintisiete (27) días del mes de Julio de Dos Mil Siete (2007)*

JULIAN NOMBRADO MUÑOZ ARIAS
SUBDIRECTOR CENTRO PARA LA FORMACIÓN CAFETERA
REGIONAL CALDAS

SGC2007264967 27/07/2007
No. Y FECHA DE REGISTRO

Para verificar la validez de este Certificado consulte la página http://sis.senavirtual.edu.co

Resolución 000484 del 06 de Marzo de 2006

REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

***Hace Constar que***

CARLOS JULIO RAMIREZ PINZON

*Con CEDULA DE CIUDADANIA No. 7921655*

***Cursó y aprobó la acción de Formación***

CONTROL DE LA INFECCIÓN EN EL MEDIO HOSPITALARIO (DESINFECCIÓN)

Con una duración de 40 Horas

*En testimonio de lo anterior se firma en Cucuta a los Veintidos (22) días del mes de Octubre de Dos Mil Siete (2007)*

FABIO HUMBERTO GARCÍA GÓMEZ
SUBDIRECTOR CAIM INDUSTRIA
REGIONAL NORTE SANTANDER

SGCV2007364446 22/10/2007
No. Y FECHA DE REGISTRO

Para verificar la validez de este Certificado consulte la página http://sis.senavirtual.edu.co

Resolución 000484 del 06 de Marzo de 2006

REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

***Hace Constar que***

CARLOS JULIO RAMIREZ PINZON

*Con Cédula de Ciudadanía No. 7921655*

***Cursó y aprobó la acción de Formación***

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Con una duración de 40 Horas

*En testimonio de lo anterior se firma en Pereira a los Once (11) días del mes de Febrero de Dos Mil Siete (2007)*

LUIS GILDARDO HINCAPIÉ HINCAPIÉ
SUBDIRECTOR CENTRO DE ATENCION INTEGRAL AL SECTOR AGROPECUARIO
REGIONAL RISARALDA

SCC2007V1B3601 11/02/2007
No. Y FECHA DE REGISTRO

Para verificar la validez de este Certificado consulte la página http://sis.senavirtual.edu.co

Resolución 000484 del 06 de Marzo de 2006

REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

***Hace Constar que***

CARLOS JULIO RAMIREZ PINZON

*Con CEDULA DE CIUDADANIA No. 7921655*

***Cursó y aprobó la acción de Formación***

HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Con una duración de 40 Horas

*En testimonio de lo anterior se firma en Tumaco a los Veintiocho (28) días del mes de Junio de Dos Mil Siete (2007)*

PEDRO PABLO BASTIDAS MOLINA
SUBDIRECTOR CENTRO AGROINDUSTRIAL PESQUERO DE LA COSTA PACÍFICA
REGIONAL NARINO

SGC2007V225451 28/06/2007
No. Y FECHA DE REGISTRO

Para verificar la validez de este Certificado consulte la página http://sis.senavirtual.edu.co

Resolución 000484 del 06 de Marzo de 2006

REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

***Hace Constar que***

CARLOS JULIO RAMIREZ PINZON

*Con Cédula de Ciudadanía No. 7921655*

***Cursó y aprobó la acción de Formación***

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Con una duración de 40 Horas

*En testimonio de lo anterior se firma en Pereira a los Once (11) días del mes de Febrero de Dos Mil Siete (2007)*

LUIS GILDARDO HINCAPIÉ HINCAPIÉ
SUBDIRECTOR CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL AL SECTOR AGROPECUARIO
REGIONAL RISARALDA

SOC2007V1a0501 11/02/2007
No. Y FECHA DE REGISTRO

Para verificar la validez de este Certificado consulte la página http://sis.senavirtual.edu.co

Resolución 000484 del 06 de Marzo de 2006

REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

***Hace Constar que***

CARLOS JULIO RAMIREZ PINZON

Con CEDULA DE CIUDADANIA No. 7921655

***Cursó y aprobó la acción de Formación***

ORIENTACIÓN EN LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y LACTANCIA MATERNA

Con una duración de 40 Horas

*En testimonio de lo anterior se firma en Pereira a los Catorce (14) días del mes de Septiembre de Dos Mil Ocho (2008)*

ROCIO LOPEZ ALZATE
SUBDIRECTOR CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS
REGIONAL RISARALDA

*SGCV2008785290*

SGCV2008785290 14/09/2008
No. Y FECHA DE REGISTRO

Para verificar la validez de este Certificado consulte la página http://sis.senavirtual.edu.co

Resolución 000484 del 06 de Marzo de 2006

# UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
## FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y FARMACÉUTICAS

**HACE CONSTAR QUE:**

## CARLOS RAMIREZ PINZÓN

Participó en el Curso Teórico - Práctico " Estequiometría de las Disoluciones ", con una intensidad de treinta y seis (36) horas.

Cartagena, 13 de mayo de 2000

EDUARDO ARGÜELLO NIEBLES, Q.F. M.Sc.
Decano

BENICIO SÁNCHEZ CABARCAS, Q.F.
Conferencista

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA**
**Facultad de Ciencias Farmacéuticas**

**ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE ESTUDIANTES DE QUÍMICA FARMACÉUTICA**
**(A.C.E.Q.F.)**
**SECCIONAL BOLÍVAR**

**Certifican que:**

# *Carlos Julio Ramírez Pinzón*

**Participó en calidad de *asistente* en el**

## MANEJO DE SUSTANCIAS RESIDUOS Y RIESGOS QUÍMICOS, Y SU IMPLICACIÓN EN LA COMUNIDAD

**Realizado en Cartagena de Indias el día 17 de Mayo de 2008, con una intensidad de 5 horas.**

**MINDY SARABIA MANJARREZ**
Presidente A.C.E.Q.F Seccional Bolívar.

**GABRIEL ACEVEDO DEL RIO**
Decano.

**CHRISTIAN CUELLO MEZA**
Responsable Académico

**SHIRLY CAVADÍA PUELLO**
Jefe Departamento Académico

REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

***Hace Constar que***

CARLOS JULIO RAMIREZ PINZON

*Con CEDULA DE CIUDADANIA No. 7921655*

***Cursó y aprobó la acción de Formación***

FUNDAMENTOS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Con una duración de 40 Horas

*En testimonio de lo anterior se firma en Medellín a los Diecinueve (19) días del mes de Mayo de Dos Mil Siete (2007)*

HILARIO VALENCIA VALENCIA
SUBDIRECTOR CENTRO DE SERVICIOS Y GESTION EMPRESARIAL
REGIONAL ANTIOQUIA

SGC2007V187216 19/05/2007
No. Y FECHA DE REGISTRO

Para verificar la validez de este Certificado consulte la página http://sis.senavirtual.edu.co

Resolución 000484 del 06 de Marzo de 2006

El Colegio Nacional de Químicos
Farmacéuticos de Colombia
*Unidad Regional Bolívar*

Hace constar

Que: **Carlos Julio Ramírez Pinzón**

Asistió al **CURSO DE ACTUALIZACION EN:**
**ESTABILIDAD DE MEDICAMENTOS,**
realizado en la ciudad de Cartagena, los días 1° y 2 de Junio de 2007,
con una intensidad de 10 (diez) horas.

FABIO CALVO ANDERSON Q.F. M. Sc.
Presidente

MARIA DEL R. OSORIO FORTICH Q.F. M. Sc.
Secretaria

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA**

**Facultad de Ciencias Farmacéuticas**

**ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE ESTUDIANTES DE QUÍMICA FARMACÉUTICA**

**A.C.E.Q.F. Seccional Bolívar**

Certifican que:

# *Carlos Julio Ramírez Pinzón*

Participó en calidad de *asistente* en el

## 1ER SEMINARIO DE APLICACIONES DEL HPLC Y CG EN LA INDUSTRIA AGROQUIMICA Y DE ALIMENTOS

Realizado en Cartagena de Indias el día 8 de septiembre de 2007, con una intensidad de 6 horas.

**LUKAS PUELLO SALDARRIAGA**
Presidente A.C.E.Q.F S-Bolívar.

**GABRIEL ACEVEDO DEL RIO**
Decano.

**VELKY AHUMADA CONTRERAS**
Coordinadora.

**LUCIA ALVAREZ ALVAREZ**
Jefe Dpto Académico .

El Colegio Nacional de Químicos Farmacéuticos de Colombia

*Unidad Regional Bolívar*

Hace constar

Que CARLOS JULIO RAMÍREZ PINZÓN

Asistió al **CURSO :**

**PLANEACIÓN DE LA PRODUCCIÓN,**

realizado en la ciudad de Cartagena, los días 18 y 19 de Abril de 2008, con una intensidad de 10 (diez) horas.

FABIO CALVO ANDERSON Q.F. M.Sc.
Presidente

FOUAD MUHAMMAD HAMIDAN Ing. I., Ing..M.
Docente del Curso

El Colegio Nacional de Químicos
Farmacéuticos de Colombia
*Unidad Regional Bolívar*

Hace constar

Que CARLOS JULIO RAMIREZ PINZÓN

Asistió al **CURSO :**
**GERENCIA DEL SERVICIO FARMACÉUTICO,**
realizado en la ciudad de Cartagena, los días 23 y 24 de Mayo de 2008,
con una intensidad de 10 (diez) horas

FABIO CALVO ANDERSON Q.F. M.Sc.
Presidente

JORGE LEÓN SALCEDO HURTADO Q.F. M.Sc.
Docente del Curso

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

LA FUNDACIÓN UNIVERSIDAD DE BOGOTÁ
JORGE TADEO LOZANO
PERSONERÍA JURÍDICA No. 3613 DE 1959, MINISTERIO

EN CONVENIO CON LA
UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER

CON LAS DEBIDAS AUTORIZACIONES LEGALES Y EN CONSIDERACIÓN A QUE

**Carlos Julio Ramírez Pinzón**

C. C. 7'921.655 de Cartagena de Indias

TERMINÓ SATISFACTORIAMENTE LOS ESTUDIOS Y CUMPLIÓ LAS PRUEBAS REGLAMENTARIAS

LE CONFIERE EL TÍTULO DE:

**Especialista en Gerencia y Auditoría de la Calidad en Salud**

EN CONSTANCIA SE FIRMA EN BOGOTÁ, DISTRITO CAPITAL A LOS 29 DÍAS DEL MES DE agosto DEL AÑO 2014

RECTORA
FUNDACIÓN UNIVERSIDAD DE BOGOTÁ
JORGE TADEO LOZANO

RECTOR
UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER

SECRETARIO GENERAL
FUNDACIÓN UNIVERSIDAD DE BOGOTÁ
JORGE TADEO LOZANO

SECRETARIA GENERAL
UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER

DECANO DE LA FACULTAD
FUNDACIÓN UNIVERSIDAD DE BOGOTÁ
JORGE TADEO LOZANO

LIBRO DE REGISTRO DE GRADO No. 21 , FOLIO 349
LIBRO DE ACTAS DE GRADO No. 6 , FOLIO 560
585

Décima Notaría Séptima de Cúcuta
Para constar que esta fotocopia
coincide con el original que he
tenido a la vista.
03 SEP 2014
Manuel José Carrizosa Alvarez
NOTARIO SEPTIMO DE CUCUTA

FUNDACIÓN UNIVERSIDAD DE BOGOTÁ
JORGE TADEO LOZANO

PERSONERÍA JURÍDICA NO. 2613 DE 1959, MINJUSTICIA

# ACTA DE GRADO

El Suscrito Secretario General de la Fundación Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano, certifica la parte pertinente del Acta de Grado número CUATROCIENTOS ONCE (411) correspondiente al día VEINTINUEVE (29) de AGOSTO de DOS MIL CATORCE (2.014), Registrada en el Libro de Actas de Grado número SEIS (6) al Folio número QUINIENTOS OCHENTA (580) y en el Libro Registro de Grados número VEINTIUNO (21), Folio número QUINIENTOS CUARENTA Y NUEVE (549), Número de Registro DOSCIENTOS QUINCE MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y DOS (215.472).

De conformidad con el convenio suscrito entre la Fundación Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano y la Universidad Francisco de Paula Santander, En la ciudad de Cúcuta (Norte Santander), siendo las Cinco pasado meridiano (05:00 pm) del día VEINTINUEVE (29) de AGOSTO de DOS MIL CATORCE 2.014, bajo la Presidencia del Rector de la Universidad Francisco de Paula Santander HÉCTOR MIGUEL PARRA LÓPEZ se efectuó la ceremonia con el fin de otorgar el Título de:

**ESPECIALISTA EN GERENCIA Y AUDITORÍA DE LA CALIDAD EN SALUD**

**A**

**CARLOS JULIO RAMÍREZ PINZÓN**

Identificado con la Cédula de Ciudadanía número 7921655 expedida en CARTAGENA DE INDIAS, quien terminó sus estudios y cumplió con todos los requisitos exigidos.

El Rector de la Universidad Francisco de Paula Santander en nombre y representación de las Universidades y previo Juramento, hizo entrega del diploma correspondiente.

Para constancia se firma la presente Acta, por los que en ella intervinieron:

| | |
|---|---|
| Firmado Rectora Fundación Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano | CECILIA MARÍA VÉLEZ WHITE |
| Firmado Rector la Universidad Francisco de Paula Santander | HÉCTOR MIGUEL PARRA LÓPEZ |
| Firmado Secretario General Fundación Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano | CARLOS SÁNCHEZ GAITÁN |
| Firmado Secretaria General la Universidad Francisco de Paula Santander | CLAUDIA ELIZABETH TOLOSA MARTÍNEZ |
| Firmado Decano de la Facultad de Ciencias Económicas-Administrativas Fundación Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano | FERNANDO COPETE SALDARRIAGA |

Se expide en Bogotá Distrito Capital, a los VEINTINUEVE (29) días del mes de AGOSTO de DOS MIL CATORCE (2.014).

CARLOS SÁNCHEZ GAITÁN
Secretario General

Como Notario Séptimo de Cúcuta
Hago constar que esta fotocopia
coincide con el original que he
tenido a la vista.
03 SEP 2014
Manuel José Carrizosa Alvarez
NOTARIO SEPTIMO DE CUCUTA

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
y en su nombre

# LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

CONFIERE EL TÍTULO DE

## QUIMICO FARMACEUTICO

A

## CARLOS JULIO RAMIREZ PINZON

C.C. No. 7.921.655 expedida en Cartagena

POR HABER CUMPLIDO LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS
Y EN TESTIMONIO DE ELLO LE OTORGA EL PRESENTE DIPLOMA

En la ciudad de Cartagena de Indias, a 30 de julio de 2010

Notaría Tercera del Círculo de Cartagena
Copia de Original
El Suscrito Notario Tercero del Círculo de Cartagena hace constar que la presente Copia del original que tuvo a la vista
14 FEB. 2011

ALBERTO MARENCO MENDOZA
NOTARIO
CARTAGENA D. T. Y. C.

EL DECANO

EL RECTOR

EL JEFE DEL DEPARTAMENTO

EL SECRETARIO GENERAL

013267

Registrado al Folio Nº 22 del libro de Diplomas Nº 32

# LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

Cartagena de Indias, Colombia

## ACTA DE GRADO No. 05310149

En la ciudad de Cartagena a los treinta (30) días del mes de Julio del año dos mil diez (2010), se llevó a cabo ceremonia solemne de graduación colectiva, por solicitud del Decano de la Facultad de Ciencias Farmacéuticas al señor Rector, quien autorizó el acto mediante Resolución No. 2527 de fecha 12 de Julio de 2010, por medio de la cual se otorga de acuerdo a la Ley y los estatutos de la Universidad, el titulo de:

**QUIMICO FARMACEUTICO**

Al estudiante

**CARLOS JULIO RAMIREZ PINZON**

Portador de la cédula de ciudadanía No. 7.921.655 expedida en Cartagena a quien se le tomó el juramento de rigor y se le hizo entrega del diploma que lo autoriza para el ejercicio profesional como QUIMICO FARMACEUTICO, según las disposiciones legales vigentes.

Para constancia de lo expuesto, se firma la presente acta por todos los que en ella intervinieron.

**GERMAN SIERRA ANAYA**
Rector

**GABRIEL ACEVEDO DEL RIO**
Decano

**MARLY MARDINI LLAMAS**
Secretaria General

16672

THOMAS GREG & SONS

GOBERNACION DE BOLIVAR
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL EN INTERVENCION

RESOLUCIÓN NÚMERO 1302154 1
( 07 OCT. 2011 )

Por medio de la cual se autoriza la Inscripción, Registro de un Titulo Profesional y se Autoriza el ejercicio de sus funciones.

## LA PROFESIONAL UNIVERSITARIA DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA – GRUPO TALENTO HUMANO

En cumplimiento al Decreto 1875 de 03 de agosto de 1994 y en uso de sus atribuciones legales en especial de la delegación de funciones conferidas por el Agente Especial de la Superintendencia Nacional de Salud ante la Secretaria de Salud Departamental en la Resolución Número 001129 del 16 de noviembre de 2.010 y

## CONSIDERANDO:

1.- Que **CARLOS JULIO RAMIREZ PINZON**, identificado (a) con la cédula de ciudadanía número **7.921.655** de **Cartagena (Bolivar)**, ha solicitado, a esta Secretaria, la Inscripción y Registro de su Título como **QUIMICO FARMACEUTICO**, otorgado por **LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA** el dia 30 de Julio de 2010, según Acta de Grado No. **32** de fecha 30 de Julio de 2010.

2.- Que dicho Título se encuentra debidamente Registrado ante el Ministerio de Educación Nacional e igualmente registrado en la institución en mención en el Libro No. **32**, Folio No. **498** de fecha 30 de Julio de 2010.

3.- Que es competencia de la Secretaria Departamental acceder a lo solicitado.

## RESUELVE:

**ARTÍCULO PRIMERO.**- Autorizase a **CARLOS JULIO RAMIREZ PINZON**, identificado (a) con la cédula de ciudadanía número **7.921.655** de **Cartagena (Bolivar)**, para ejercer la Profesión de **QUIMICO FARMACEUTICO** en todo el Territorio Nacional.

**ARTICULO SEGUNDO.**- La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

## COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dada en la ciudad de Cartagena de Indias a los 07 OCT. 2011

RAQUEL FERNANDEZ FERNANDEZ
P. U. Unidad Administrativa-Grupo Talento Humano.

Elaboro: ANA MARIA BUSTILLO VIANA.
Oficina de Registros Profesionales

INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD
NORTE DE SANTANDER

*Un Norte Para Todos*

MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL



Carlos Julio Ramírez Pinzón

C.C. 7.921.655 de Cartagena

Inscripción: 1525 de Octubre 31 de 2011

PROFESIÓN: QUÍMICO FARMACÉUTICO

| | |
|---|---|
| INSTITUCIÓN: | Universidad de Cartagena |
| FECHA DE GRADO: | Julio 30 de 2010 |
| REGISTRO #: | Res. 130 - 21541 de Octubre 07 de 2011 |
| CÓDIGO: | 10997 |
| | 185 |
| | 07 |

targeta profesional N de S
.jpg
Tipo: Imagen JPEG
Tamaño: 213 KB
Dimensión: 1700 x 2338
píxeles

MARIO ALBERTO SANCHEZ INFANTE
Director del Instituto

REPUBLICA DE COLOMBIA
Ministerio de la Proteccion Social
Colegio Nacional de Químicos Farmacéuticos de Colombia

Libertad y Orden



Registro Profesional No.
03,10149,300710,4223

**CARLOS JULIO RAMIREZ PINZON**
C.C. 7.921.655 CARTAGENA

Acta de Grado No. 10149 Fecha: 30/07/2010

Universidad: '03 Fecha de Expedicion:31/03/2011

Crear ID 8219115

Este Registro Profesional acredita al titular para el ejercicio de la Química Farmacéutica de conformidad con la Ley 23 de 1962, Ley 212 de 1995 y el Decreto 1945 d 1996

FIRMA PRESIDENTE

AHF COLOMBIA

AIDS HEALTHCARE FOUNDATION – AHF
Calle 70 # 12-83
Bogotá

Bogotá, Marzo 11 de 2020

**A QUIEN PUEDA INTERESAR**

Certifico que el **SR CARLOS JULIO RAMIREZ identificado con cc7.921.655,** trabajó con AHF COLOMBIA como Químico Farmacéutico en la IPS AHF Colombia en la ciudad de Cúcuta, desde el 10 de Septiembre de 2018 hasta el 7 de Febrero de 2020

REVISADO AHF
COORDINADORA PAIS

**DRA. LILIANA ANDRADE FORERO.**
Country Program Manager AHF Colombia
Coordinadora País AHF Colombia
Representante Legal

**AIDS Health Care Foundation COLOMBIA**
Bogotá - Colombia
Telf. +57 3185455718
liliana.andrade@aidshealth.org
Skype: liliana.andrade.forero

ORGANIZACIÓN Vihonco IPS SAS
*Brindamos atención con calidad humana...*

**ORGANIZACIÓN VIHONCO IPS S.A.S**
**NIT. 900.098.985-5**

## HACE CONSTAR

Que, el señor **RAMIREZ PINZON CARLOS JULIO,** identificado con la C.C **7921655,** laboro con nosotros desde el 09 de agosto de 2021, hasta el 22 de marzo de 2022 ,con un contrato a término fijo, y desempeño el cargo de **QUIMICO FARMACEUTICO**.

Esta certificación se expide a solicitud del interesado, a los (12) días del mes de septiembre de dos mil veintitrés (2023).

Cualquier información adicional con gusto será suministrada en el teléfono 5604158 ext 1018.

Atentamente,

Jonathan Quintero

**JONATHAN QUINTERO**
Analista de Talento Humano

**ACCIONES EFECTIVAS E INTEGRALES SAS**
**ACTISAS NIT. 900.978.700-1**

**CERTIFICA A**

**RENAULT (SANAUTOS)**
**NIT: 890200179-7**

Que el (la) señor(a) **CARLOS JULIO RAMIREZ PINZON** identificado(a) con cédula de ciudadanía **7921655** labora(ó) en nuestra compañía a partir del día **23 de abril de 2020**, mediante un contrato de trabajo por el término que dure(o) la **OBRA O LABOR**, desempeñándose en el cargo **de DIRECTOR(A) TECNICO** con una asignación mensual de **$ 1978000** y por **OTROS CONCEPTOS**, auxilios no constitutivos de salario, un valor de **$ 830000.**

La presente certificación se expide en Bogotá, a solicitud del interesado, el **17 de marzo de 2021**

Atentamente,

FIRMADO EN ORIGINAL

**JEFE GESTION HUMANA**

Nota: La presente certificación no es válida para Embajadas, Consulados, ni para diligencias Judiciales.

cc. Hoja de Vida
Cargo: DIRECTOR(A) TECNICO
Nómina: DUMIAN CUCUTA
Elaboró: MCRC



Calle 45ª N° 14-46 Barrio Palermo Bogotá – Colombia
Correo electrónico: jefetalentohumano@actisas.co. Cel. 3227387673

**VIVIR IPS SAS**
**NIT. 830017370-6**

**CERTIFICA**

Que el DR. **Carlos Julio Ramírez Pinzón** identificado con cedula de ciudadanía No. 7921165, está vinculado a nuestra entidad mediante contrato por **Prestación de servicios,** desempeñando el cargo de **Químico Farmacéutico atención VIH,** desde el día dieciocho (18) de septiembre de dos mil veinte (2020) a actualmente. con participación en los siguientes programas:

| OBJETO | ENTIDAD | FECHA DE TERMINACION |
|---|---|---|
| La prestación de servicios para la atención integral ambulatoria de personas viviendo con VIH/sida o presunción diagnóstica del subsistema de salud de las fuerzas militares", a ejecutar en la vigencia del año 2023 | EJÉRCITO NACIONAL | 30/11/2023 |
| Prestación de servicios de salud de alto costo para el tratamiento integral de VIH debidamente habilitados para los usuarios a la eps convida del régimen subsidiado bajo la modalidad de pago global prospectivo. | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO EPS CONVIDA | 28/02/2022 |
| Atención integral en salud para usurario del subsistema de salud de la policía nacional con VIH-sida, para la región 4 andina amazonas y oriental | DIRECCIÓN DE SANIDAD DE LA POLICÍA NACIONAL DISAN PONAL | 08/07/2023 |
| Prestación de servicios de salud y atención integral especializada con promoción y prevención, seguimiento, manejo, control y dispensación de medicamentos para los usuarios que viven con VIH/sida, residentes en todo el territorio nacional y que son adscritos a los establecimientos de sanidad militar de la armada nacional | DIRECCIÓN DE SANIDAD ARMADA NACIONAL | 28/02/2023 |

Se expide a los **veintiseis (26) días del mes de agosto de Dos mil Veinticuatro (2024),** para su
confirmación usted puede comunicarse al (601) 5680533 - 3103505383.

Cordialmente:

**EDNA ROCIO HASTAMORIR BONILLA**
**Jefe de Talento Humano.**




Este documento solamente es para uso interno y no debe ser distribuido sin autorización, queda prohibida su modificación, reproducción parcial o total. Si este documento está impreso se considera copia no controlada