Fundación
Betsabé Arbeláez

Santa Rosa de Cabal, Febrero de 2025

**CARTA DE COMPROMISO SOBRE EL PERSONAL OFERTADO**

ASUNTO: CARTA DE COMPROMISO CON LA UNION TEMPORAL NUEVA ESPERANZA SANTA ROSA

JOSE HERNAN CORREA LONDOÑO identificada como aparece al pie de mi firma, manifiesto mediante la presente que me comprometo a desempeñar el cargo de AUXILIAR DE SERVICIOS DE ENFERMERIA para la UNION TEMPORAL NUEVA ESPERANZA SANTA ROSA (sede Fundación centro de bienestar y vida Betsabé Arbeláez) con una dedicación del 100% en caso de resultar adjudicataria del proceso de la referencia.

**JOSE HERNAN CORREA LONDOÑO**
C.C. 18.597.778 de Santa Rosa de Cabal




## *JOSE HERNAN CORREA LONDOÑO*

**CR 12 N° 25-15**
**Celular: 3127462641**
***E-mail:***
*josehernan.correa@hotmail.com*
**Santa Rosa de Cabal (Rda.)**


---

## ***PERFIL PROFESIONAL***

**AUXILIAR DE ENFERMERIA,** con habilidad para ejercer en cualquiera de las áreas hospitalarias. Una persona que se interesa por el desarrollo y los procesos culturales que se dan en las diferentes regiones, dispuesta al cambio, al aprendizaje constante, a ayudar en el constante desarrollo de las personas.

Me considero una persona responsable, dedicada, perseverante con facilidad para liderar y ejecutar procesos de trabajo en equipo dentro de una empresa.

## ***ESTUDIOS REALIZADOS***

**ESTUDIOS UNIVERSITARIOS**
Escuela de auxiliares de Enfermeria
Auxiliar de Enfermeria
Año de aprobación 1997

**ESTUDIOS SECUNDARIOS**
Instituto Agrícola Pedro Uribe Mejia.
Ciudad: Santa Rosa de Cabal
Título: Bachiller Agrícola.
Fecha de Iniciación y Terminación: Enero 1988– Diciembre 1993

**ESTUDIOS PRIMARIOS**
Escuela San Juanito
Santa Rosa de Cabal

## ***EXPERIENCIA LABORAL***

Clínica Marañón Ltda.
Pereira
Funciones: Inyectologia,presion arterial, canalizacion de venas, cuidado de pacientes.
Jefe Inmediato: Dr. Claudia Prada.
Telefono: 3357818 -3207266277
Fecha de inicio :Febrero 01 de 2011 Fecha de finalizacion: Trabaja actualmente.

Clínica Marañón Ltda.
Pereira
Funciones: Inyectologia,presion arterial, canalizacion de venas, cuidado de pacientes.
Jefe Inmediato: Dr. Claudia Prada.
Telefono: 3357818 -3207266277
Fecha de inicio :Septiembre 01 de 2007 Fecha de finalizacion: octobre 09 de 2008

Cooperativa de trabajo asociado y servicios varios COOTRASERVI
Pereira
Funciones: Inyectologia,presion arterial, canalizacion de venas, cuidado de pacientes.
Jefe Inmediato:
Telefono:
Fecha de inicio :Marzo 11 de 2005 – Fecha de finalizacion: Febrero 08 de 2006

Hospital Universitario San Jorge Pereira
Pereira
Funciones: Inyectologia,presion arterial, canalizacion de venas, cuidado de pacientes.
Jefe Inmediato:
Telefono:
Fecha de inicio :Julio 08 de 2003 – Fecha de finalizacion: septiembre 19 de 2003

***REFERENCIAS***

Nartha Duarte
Auxiliar de Enfermeria
3214249536

Lina Claudia Garcia
Auxiliar de Enfermeria
3128259484

Maria Cenobia Correa Londoño
Enfermera Profesional
Teléfono: 3136149193

Dr. Cesar Giménez
Médico General
Clínica Marañón
Teléfono: 3357818

Jorge Ivan Naranjo Correa
Ejecutivo de Cuenta
Productos Familia
Teléfono. 311 3342970

Jose Hernan correa Londoño

***JOSE HERNAN CORREA LONDOÑO***
*CC. 18.597.778 SANTA ROSA DE CABAL*



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 18.597.778

CORREA LONDOÑO
APELLIDOS

JOSE HERNAN
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 13-DIC-1972
SANTA ROSA DE CABAL
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 ESTATURA | A+ G.S. RH | M SEXO

25-ABR-1991 SANTA ROSA DE CABAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-2408500-54138151-M-0018597778-20060516 01789 06136B 02 196273652



MINISTERIO DE SALUD
GOBERNACION DE RISARALDA
Servicio Seccional de Salud de Risaralda
INSCRIPCION DEPARTAMENTAL

No. 1509 AUX FECHA 13 DE FEBRERO DE 1998

NOMBRE JOSE HERNAN CORREA LONDOÑO

C.C. 18.597.738 DE SANTA ROSA DE CABAL.

PROFESION AUXILIAR DE ENFERMERIA

DIRECTOR SERVISALUD RISARALDA

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

# SERVICIO DE SALUD DEL RISARALDA

## RESOLUCION NUMERO DE 19

( 00140 )

30 DIC. 1998

Por el cual se registra un Certificado de Auxiliar de Enfermería

El Director del Servicio Seccional de Salud de Risaralda, en ejercicio de la delegación contenida por Resolución No 00211 de Junio 15 de 1998 emanada del Ministerio de Salud, y

CONSIDERANDO:

Que **JOSÉ HERNÁN CORREA LONDOÑO,** identificado(a) con la cédula No 10.597.733 de Santa Rosa de Cabal, ha solicitado el registro de su certificado de Auxiliar de Enfermería que le otorgó LA ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA "E.A.E." DEL RISARALDA, el 26 de Septiembre de 1997

RESUELVE:

**ARTÍCULO PRIMERO:** Registrar el certificado que autoriza a JOSÉ HERNÁN CORREA LONDOÑO, para ejercer la profesión de AUXILIAR DE ENFERMERÍA en todo el territorio Nacional

**ARTÍCULO SEGUNDO:** Contra la presente procede el recurso de Reposición el cual podrá interponerse en el acto de notificación, dentro de los 5 días siguientes a la notificación ó a los 10 días siguientes de fijación del edicto, ante el Director del Servicio Seccional de Salud de Risaralda

**ARTÍCULO TERCERO** La presente resolución rige a partir de la fecha de su notificación

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

La ciudad de Pereira a los 30 DIC. 1998

JESUS CÁRDENAS PÉREZ

ROCIO CARDONA TAMAYO

*NOTIFICACION PERSONAL*

Hoy 5 de I de 1998 se notifica personalmente al señor(a) JOSÉ HERNÁN CORREA LONDOÑO identificado(a) con la cedula No. 18.597.738 de Santa Rosa de Cabal, el contenido de la Resolución No. 140 del 2-30-98 y de la cual se entrego copia y se le dió a conocer los recursos que puede interponer.

José Hernán Correa
NOTIFICADO
C.C.

NOTIFICADOR
C.C. 10.192.415 Per

LA REPUBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DE RISARALDA

# ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA

INSTITUTO DE EDUCACION NO FORMAL

1509 Aux
Febrero 13/98

CON APROBACION No. 8522 DE FECHA JUNIO 27 DE 1984 DEL MINISTERIO DE SALUD
CON LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO No. 115 DE FECHA 26 DE JUNIO DE 1991
DE LA SECRETARIA DE EDUCACION DEPARTAMENTAL

CONCEDE EL PRESENTE

# CERTIFICADO

## DE APTITUD OCUPACIONAL

**José Hernán Correa Londoño**

Identificado (a) con C.C. No. 18.599.778 Expedida en Santa Rosa de Cabal
Quien realizó y aprobó en forma satisfactoria el curso completo en:

# AUXILIAR DE ENFERMERIA

Con una duración de 2005 horas

Director Servicio de Salud

Secretaria

Pereira, 24 de Septiembre de 1997

Radicado en el Libro No. 1 Folio No. 24

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

***Hace constar que***

## JOSE HERNAN CORREA LONDOÑO

*Con Cedula de Ciudadania No. 18597778*

*Cursó y aprobó la acción de Formación*

## CUIDADOS BASICOS A PERSONAS MAYORES

*con una duración de 48 horas*

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Pereira, a los veintiseis (26) días del mes de agosto de dos mil diecinueve (2019)*

Firmado Digitalmente por
LILIANA LOPEZ LOPEZ
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

LILIANA LOPEZ LOPEZ
Subdirectora (E)
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS
REGIONAL RISARALDA

**61854998 - 26/08/2019**
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 9308001948444CC18597778C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

***Hace constar que***

## JOSE HERNAN CORREA LONDOÑO

*Con Cedula de Ciudadania No. 18597778*

*Cursó y aprobó la acción de Formación*

**OMI 1.14 PRIMEROS AUXILIOS SANITARIOS (CUADRO A- VI/4-1) STCW/78 ENMENDADO.IMO 1.14 MEDICAL FIRST AID**

*con una duración de 30 horas*

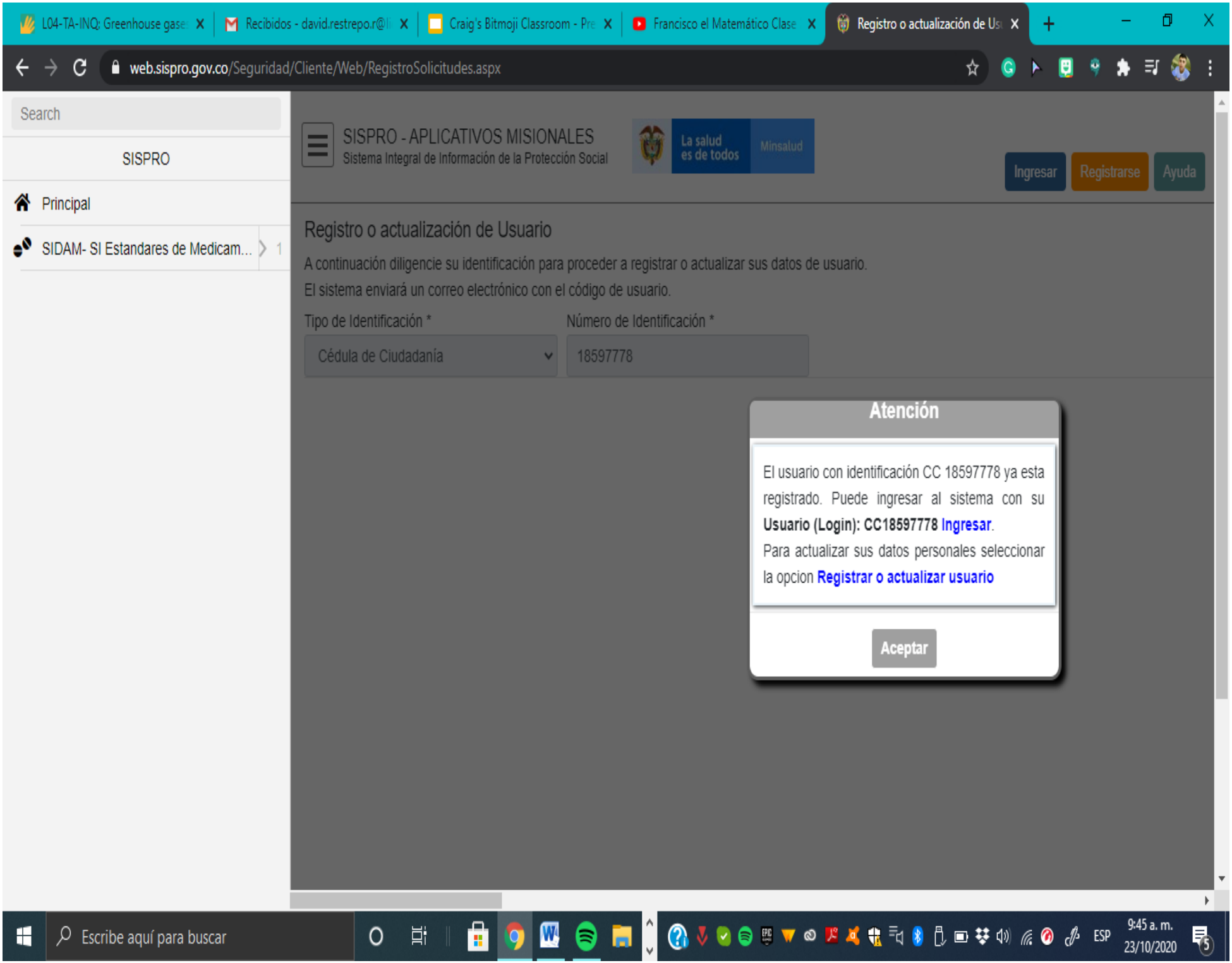
*En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Santa Rosa De Cabal. a los doce (12) días del mes de noviembre de dos mil diecinueve (2019)*

Firmado Digitalmente por

GERMAN ANDRES SANCHEZ SANCHEZ
Subdirector (E)
CENTRO ATENCION SECTOR AGROPECUARIO
REGIONAL RISARALDA

**63491818 - 12/11/2019**
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 91210019940S3CC18597778C.


L04-TA-INQ: Greenhouse gase
Recibidos - david.restrepo.r@l
Craig's Bitmoji Classroom - Pre
Francisco el Matemático Clase
Registro o actualización de Us
web.sispro.gov.co/Seguridad/Cliente/Web/RegistroSolicitudes.aspx
Search
SISPRO
Principal
SIDAM- SI Estandares de Medicam...
SISPRO - APLICATIVOS MISIONALES
Sistema Integral de Información de la Protección Social
La salud es de todos
Minsalud
Ingresar
Registrarse
Ayuda
Registro o actualización de Usuario
A continuación diligencie su identificación para proceder a registrar o actualizar sus datos de usuario.
El sistema enviará un correo electrónico con el código de usuario.
Tipo de Identificación *
Cédula de Ciudadanía
Número de Identificación *
18597778
Atención
El usuario con identificación CC 18597778 ya esta registrado. Puede ingresar al sistema con su Usuario (Login): CC18597778 Ingresar.
Para actualizar sus datos personales seleccionar la opcion Registrar o actualizar usuario
Aceptar
Escribe aquí para buscar
ESP
9:45 a. m.
23/10/2020

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

5. Consecutivo: D S — Solicitud de actualización de datos de identificación

4. Número de formulario: 14718847483

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 13. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 8 5 5 0 7 7 7 8 | 0 | 1 6 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 8 5 5 0 7 7 7 8 | 1 9 9 1 0 4 2 5 |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Risaralda 6 6 | Santa Rosa de Cabal 6 6 2 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| CORREA | LONDOÑO | JOSE | HERNAN |

35. Razón social

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

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Risaralda 6 6 | Santa Rosa de Cabal 6 6 2 |

41. Dirección principal: CR 12 25 13 BRR EL POBLADO

42. Correo electrónico

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 2 7 4 6 2 6 4 1 | |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | | 50. Código 1 | 2 | 53. Código | 54. Número establecimientos |
| 8 8 0 2 | 2 0 0 5 0 3 0 8 | | | | | 3 2 7 3 | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

55. Código: 2 0

20- Obtención NIT

### Obligados aduaneros

56. Código

### Exportadores

| 58. Forma | 59. Tipo | Semestre 1 | 2 |
|---|---|---|---|
| | | 57. Mes | |
| | | 58. DPC | |

**IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario (RUT), tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación**

### Para uso exclusivo de la DIAN

60. Anexos: SI ☐ NO ☐ — 60. No. de Folios: — 61. Fecha: 2020-10-23 15:34:11

La información suministrada a través del formulario única de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de omisión inexactitud en alguna de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante: Hernán 18597778

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada

664. Nombre: RESTREPO TORO FRANCI ELENA
665. Cargo: Analista II

Fecha generación documento PDF: 23-10-2

DOCUMENTO SIN COSTO

Fundación
Betsabé Arbeláez

Santa Rosa de Cabal, Febrero de 2025

**LA FUNDACION CENTRO DE BIENESTAR Y VIDA**
**BETSABE ARBELAEZ**

**HACE CONSTAR**

Que el señor JOSE HERNAN CORREA LONDOÑO, identificada con cédula de ciudadanía No. 18. 597.778, labora en esta Institución desde el 01 de febrero de 2019 como Auxiliar de Enfermería, con contrato a término fijo y devengando el salario mínimo legal mensual vigente. Es una persona responsable y eficiente en el desempeño de sus labores.

La certificación se expide a solicitud del interesado con el fin de dar cumplimiento al perfil del cargo.

Para constancia se firma en Santa Rosa de Cabal a los 13 días del mes de febrero de 2025.

Regina Rojas
**REGINA ROJAS**
Directora Ejecutiva

Carrera 14 No. 28-50 Teléfono 364 1180
Santa Rosa de Cabal, Risaralda
cbabal@yahoo.com

Fundación
Betsabé Arbeláez

Santa Rosa de Cabal, Febrero de 2025

**LA FUNDACION CENTRO DE BIENESTAR Y VIDA**
**BETSABE ARBELAEZ**

**HACE CONSTAR**

Que la señora LINDA KATHERINE MÉNDEZ RAMÍREZ, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.047.461.141, laboro en esta Institución desde el 01 de abril de 2019 hasta el 15 de noviembre de 2022 como Auxiliar de Enfermería, con contrato a término fijo y devengando el salario mínimo legal mensual vigente. Es una persona responsable y eficiente en el desempeño de sus labores.

La certificación se expide a solicitud del interesado con el fin de dar cumplimiento al perfil del cargo.

Para constancia se firma en Santa Rosa de Cabal a los 13 días del mes de febrero de 2025.

Regina Rojas

**REGINA ROJAS**
Directora Ejecutiva

Carrera 14 No. 28-50 Teléfono 364 1180
Santa Rosa de Cabal, Risaralda
cbabal@yahoo.com

Fundación
Betsabé Arbeláez

Santa Rosa de Cabal, Febrero de 2025

**CARTA DE COMPROMISO SOBRE EL PERSONAL OFERTADO**

ASUNTO: CARTA DE COMPROMISO CON LA UNION TEMPORAL NUEVA ESPERANZA SANTA ROSA

LINDA KATHERINE MÉNDEZ RAMÍREZ identificada como aparece al pie de mi firma, manifiesto mediante la presente que me comprometo a desempeñar el cargo de AUXILIAR DE SERVICIOS DE ENFERMERIA para la UNION TEMPORAL NUEVA ESPERANZA SANTA ROSA (sede Fundación centro de bienestar y vida Betsabé Arbeláez) con una dedicación del 100% en caso de resultar adjudicataria del proceso de la referencia.

**LINDA KATHERINE MÉNDEZ RAMÍREZ**
C.C. 1.093.227.606 de Santa Rosa de Cabal

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 |
|---|---|---|
| MÉNDEZ | RAMÍREZ | LINDA KATHERINE |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1047461141

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 21 MES 09 AÑO 1993

PAÍS Colombia

DEPTO Valle

MUNICIPIO Tulua

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Carrera 12 18 76 Barrio Colombia

PAÍS Colombia DEPTO Risaralda

MUNICIPIO Santa Rosa de Cabal

TELÉFONO +573043628829 EMAIL lindak_21_93@hotmail.com

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

***EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA***

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

| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | 11 |
| | | | | | | | | | | X |

TÍTULO OBTENIDO: BACHILLER ACADÉMICO

FECHA DE GRADO: MES 12 AÑO 2015

***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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TC | 3 | X | | TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA | 12 | 2018 | |
| TC | 1 | X | | CUIDADOS BÁSICO PERSONAS MAYORES | 08 | 2019 | |
| TC | 1 | X | | PRIMEROS AUXILIOS | 11 | 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 |
|---|---|---|---|
| FUNDACION CENTRO DE BIENESTAR Y VIDA BETSABE ARBELAEZ | | X | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Risaralda | Santa Rosa de Cabal | cbabal@yahoo.com |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3107953712 / 3657705 | DÍA 01 MES 01 AÑO 2024 | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Auxiliar de Enfermería | Asistencial | Carrera 14 28 50 SRC |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| INDEPENDIENTE | | X | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Risaralda | Santa Rosa de C / Pereira | lindak_21_93@hotmail.com |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| +573043628829 | DÍA 01 MES 12 AÑO 2022 | DÍA 31 MES 12 AÑO 2023 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Auxiliar de Enfermería Domiciliario | | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| FUNDACION CENTRO DE BIENESTAR Y VIDA BETSABE ARBELAEZ | | X | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Risaralda | Santa Rosa de Cabal | cbabal@yahoo.com |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3107953712 / 3657705 | DÍA 01 MES 04 AÑO 2019 | DÍA 15 MES 11 AÑO 2022 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Auxiliar de Enfermería | Asistencial | Carrera 14 28 50 SRC |

**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* | 03 | 07 |
| *TRABAJADOR INDEPENDIENTE* | 01 | |
| ***TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA*** | 04 | 07 |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO (X) ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E 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* Santa Rosa de Cabal, Febrero 26 de 2025

*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 1.047.461.141

MENDEZ RAMIREZ
APELLIDOS

LINDA KATHERINE
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 21-SEP-1993
TULUA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

07-OCT-2011 CARTAGENA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

P-0500100-00365958-F-1047461141-20120323 0029470860A 1 37623519

INSTITUTO COLOMBIANO DE SALUD
"ICOSALUD"
Concepto Favorable del Comité Ejecutivo Nacional Acuerdo No.058 del 16 de Marzo de 2004
Concepto Favorable del Comité Ejecutivo Nacional Acuerdo No.070 del 5 de Diciembre de 2008
Secretaría de Educación Distrital de Cartagena de Indias Resolución 0233 del 27 de Octubre de 2010
Secretaría de Educación Distrital de Cartagena de Indias Resolución 5429 del 16 de Agosto de 2018
*Educación Para El Trabajo Y El Desarrollo Humano*

# ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

*En la Ciudad de Cartagena de Indias, a los Veinte (20) días del mes de Diciembre de 2.018, se reunieron, con el fin de formalizar la finalización de estudios de los estudiantes de Auxiliar En Enfermería, los suscritos Director, Coordinadora Académica y Secretaria Académica del Instituto Colombiano de Salud. Para otorgar constancia como: Técnico Laboral por Competencias en:* **AUXILIAR EN ENFERMERIA**, *con una intensidad total de 1.800 horas teórico-práctica.*

*Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Para El Trabajo Y El Desarrollo Humano, se procedió a otorgar el Crédito como Técnico Laboral Por Competencias en:*

## AUXILIAR EN ENFERMERIA

*Al graduando cuyos nombres, apellidos se relacionan a continuación:*

**MENDEZ RAMIREZ LINDA KATHERINE**
**Cedula de Ciudadania. No. 1,047,461,141**

*Es fiel copia del Acta Original General No. Acta 26-2-2018 Folio 89 del Libro Reg.2-26-32 a los Veinte (20) días del mes de Diciembre de 2.018. Firmada y Sellada por El Dr. Juan Carlos Herrera Puello (Director), La Lic. Shirley Fernández Aragón (Coordinadora Académica) y Katya Lora Madiedo (Secretaria Académica).*

*Dada en Cartagena de Indias, Colombia, a los Veinte (20) días del mes de Diciembre de 2.018*

Dr. Juan Carlos Herrera Puello
Director Cartagena

Lic. Shirley Fernández Aragón
Coordinadora Académica

Katya Lora Madiedo
Secretaria Académica

Avenida Pedro de Heredia
Sector Amberes Carrera 39 No. 29ª-58
Teléfono: 6722758-6722917-6413929-3116643679
www.icosalud.edu.co
Cartagena de Indias - Colombia

**GOBERNACION DE BOLIVAR**
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

**RESOLUCIÓN NÚMERO** 13 0360 16
( 06 MAR 2019 )

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

## EL COORDINADOR GRUPO DE TALENTO HUMANO

En cumplimiento al Decreto 1875 de 03 de agosto de 1994 y en uso de sus atribuciones legales ante la Secretaria de Salud Departamental, conferidas en la Resolución Número 0224 del 4 de Marzo de 2013 y

## CONSIDERANDO :

1.- Que **LINDA KATHERINE MENDEZ RAMIREZ,** identificado (a) con la cédula de ciudadanía número **1047461141** de **Cartagena**, ha solicitado, a esta Secretaría, la Inscripción y Registro de su Título como **TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA,** otorgado por **el INSTITUTO COLOMBIANO DE SALUD - ICOSALUD** el día **20 de Diciembre de 2018**, según Acta de Grado No. **26-2-2018** de fecha **20 de Diciembre de 2018.**

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. **89**, Folio No **2-26** de fecha **20 de Diciembre de 2018.**

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

## RESUELVE:

**ARTÍCULO PRIMERO.-** Autorizase a **LINDA KATHERINE MENDEZ RAMIREZ,** identificado (a) con la cédula de ciudadanía número **1047461141** de **Cartagena**, para ejercer la Profesión de **TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA** en todo el Territorio Nacional.

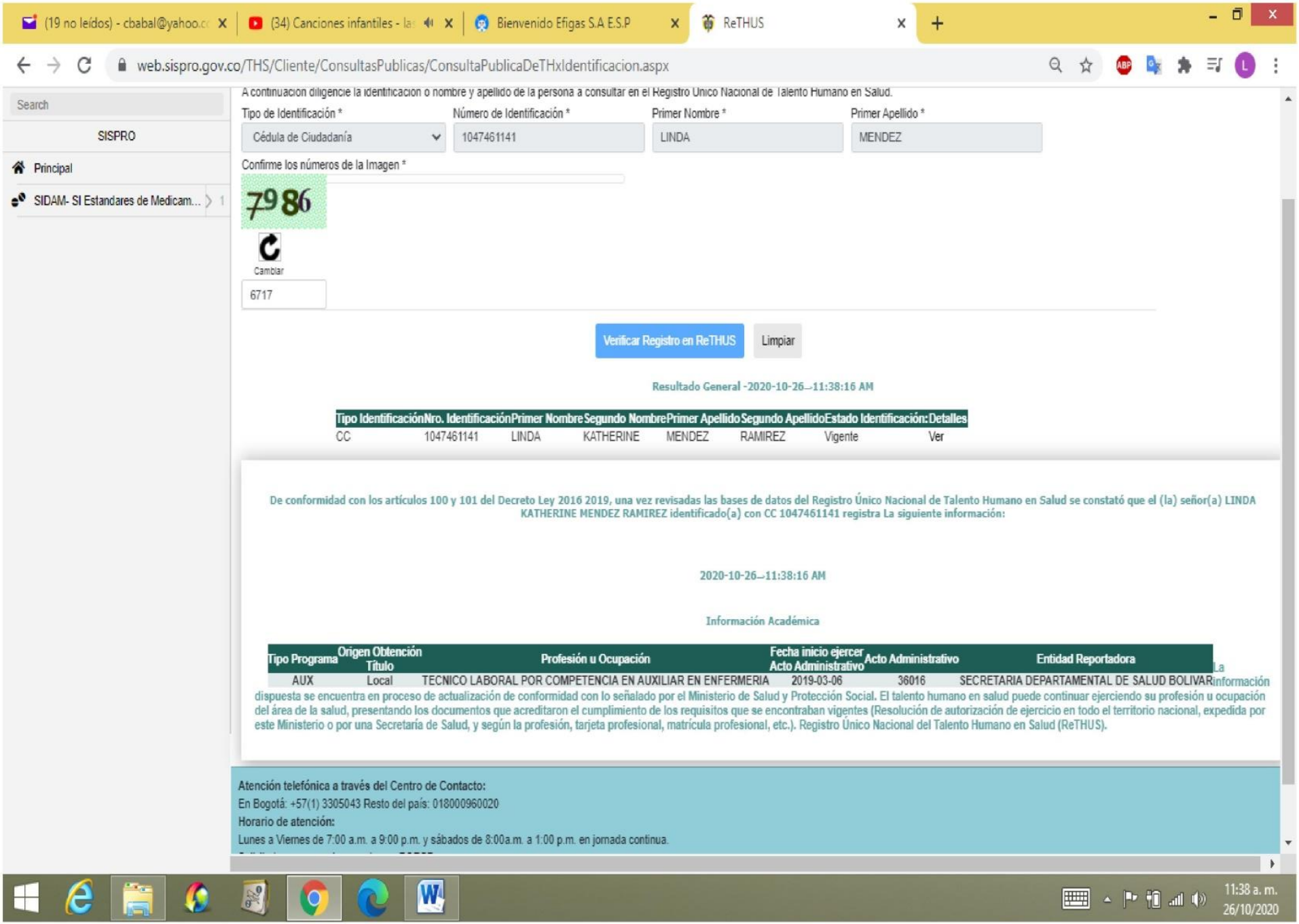
**ARTICULO SEGUNDO.-** La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

## COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dada en la ciudad de Cartagena de Indias a los 06 MAR 2019

**CARLOS PEREZ VENECIA**
P.U. Coordinador Grupo de Talento Humano

Proyectó Elaboró Verificó: **ROBERTO GOENAGA CURI.**
Técnico Operativo - Oficina de Registros Profesionales


(19 no leídos) - cbabal@yahoo.c
(34) Canciones infantiles - la
Bienvenido Efigas S.A E.S.P
ReTHUS
web.sispro.gov.co/THS/Cliente/ConsultasPublicas/ConsultaPublicaDeTHxIdentificacion.aspx
Search
SISPRO
Principal
SIDAM- SI Estandares de Medicam...
A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud.
Tipo de Identificación *
Cédula de Ciudadanía
Número de Identificación *
1047461141
Primer Nombre *
LINDA
Primer Apellido *
MENDEZ
Confirme los números de la Imagen *
7986
Cambiar
6717
Verificar Registro en ReTHUS
Limpiar
Resultado General -2020-10-26--11:38:16 AM
Tipo Identificación Nro. Identificación Primer Nombre Segundo Nombre Primer Apellido Segundo Apellido Estado Identificación: Detalles
CC 1047461141 LINDA KATHERINE MENDEZ RAMIREZ Vigente Ver
De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2016 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) LINDA KATHERINE MENDEZ RAMIREZ identificado(a) con CC 1047461141 registra La siguiente información:
2020-10-26--11:38:16 AM
Información Académica
Tipo Programa Origen Obtención Título Profesión u Ocupación Fecha inicio ejercer Acto Administrativo Acto Administrativo Entidad Reportadora
AUX Local TECNICO LABORAL POR COMPETENCIA EN AUXILIAR EN ENFERMERIA 2019-03-06 36016 SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD BOLIVAR
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).
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.
11:38 a. m.
26/10/2020

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

***Hace constar que***

## LINDA KATHERINE MENDEZ RAMIREZ

*Con Cedula de Ciudadania No. 1047461141*

*Cursó y aprobó la acción de Formación*

**OMI 1.14 PRIMEROS AUXILIOS SANITARIOS (CUADRO A- VI/4-1) STCW/78 ENMENDADO.IMO 1.14 MEDICAL FIRST AID**

*con una duración de 30 horas*

*En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Santa Rosa De Cabal. a los doce (12) días del mes de noviembre de dos mil diecinueve (2019)*

Firmado Digitalmente por

GERMAN ANDRES SANCHEZ SANCHEZ
Subdirector (E)
CENTRO ATENCION SECTOR AGROPECUARIO
REGIONAL RISARALDA

**63491841 - 12/11/2019**
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9121001994053CC1047461141C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

***Hace constar que***

## LINDA KATHERINE MENDEZ RAMIREZ

*Con Cedula de Ciudadania No. 1047461141*

*Cursó y aprobó la acción de Formación*

## CUIDADOS BASICOS A PERSONAS MAYORES

*con una duración de 48 horas*

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Pereira, a los veintiseis (26) dias del mes de agosto de dos mil diecinueve (2019)*

Firmado Digitalmente por
LILIANA LOPEZ LOPEZ
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

LILIANA LOPEZ LOPEZ
Subdirectora (E)
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS
REGIONAL RISARALDA

**61854102 - 26/08/2019**
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9308001948444CC1047461141C.

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2 Concepto: 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario: 14513197608

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 4 7 4 6 1 1 4 1 | 1 | Impuestos y Aduanas de Pereira 1 6 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 0 4 7 4 6 1 1 4 1 | 2 0 1 1 1 0 0 7 |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Bolivar 1 3 | Cartagena 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| MENDEZ | RAMIREZ | LINDA | KATHERINE |

35. Razón social

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

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Risaralda 6 6 | Santa Rosa de Cabal 6 8 2 |

41. Dirección principal: CR 12 8 35 BRR COLINAS DEL ROSARIO

| 42. Correo electrónico | 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|---|
| lindak_21_93@hotmail.com | | 3 0 4 3 6 2 8 8 2 9 | |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 6 9 2 | 2 0 1 9 0 2 0 1 | | | | | | 5 1 3 2 | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 4 9

49 - No responsable de IVA

### Obligados aduaneros

54. Código

### Exportadores

55. Forma | 56. Tipo | Servicio 1 2 3 | 57. Modo | 58. CPC

**IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación**

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] | 60. No. de Folios: 0 | 61. Fecha: 2019 - 05 - 20

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Fundación
Betsabé Arbeláez

Santa Rosa de Cabal, Febrero de 2025

**LA FUNDACION CENTRO DE BIENESTAR Y VIDA BETSABE ARBELAEZ**

**HACE CONSTAR**

Que la señora LINDA KATHERINE MÉNDEZ RAMÍREZ, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.047.461.141, labora en esta Institución desde el 01 de agosto de 2019 como Auxiliar de Enfermería, con contrato a tiempo parcial término indefinido y devengando el salario mínimo legal mensual vigente. Es una persona responsable y eficiente en el desempeño de sus labores.

La certificación se expide a solicitud del interesado con el fin de dar cumplimiento al perfil del cargo.

Para constancia se firma en Santa Rosa de Cabal a los 13 días del mes de febrero de 2025.

Regina Rojas

**REGINA ROJAS**
Directora Ejecutiva

Carrera 14 No. 28-50 Teléfono 364 1180
Santa Rosa de Cabal, Risaralda
cbabal@yahoo.com

Fundación
Betsabé Arbeláez

Santa Rosa de Cabal, Febrero de 2025

**CARTA DE COMPROMISO SOBRE EL PERSONAL OFERTADO**

ASUNTO: CARTA DE COMPROMISO CON LA UNION TEMPORAL NUEVA ESPERANZA SANTA ROSA

LUZ ESTELLA GIRALDO MARIN identificada como aparece al pie de mi firma, manifiesto mediante la presente que me comprometo a desempeñar el cargo de AUXILIAR DE SERVICIOS DE ENFERMERIA para la UNION TEMPORAL NUEVA ESPERANZA SANTA ROSA (sede Fundación centro de bienestar y vida Betsabé Arbeláez) con una dedicación del 100% en caso de resultar adjudicataria del proceso de la referencia.

Luz Stella Giraldo

**LUZ ESTELLA GIRALDO MARIN**
C.C. 1.093.227.606 de Santa Rosa de Cabal

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 |
|---|---|---|
| GIRALDO | MARIN | LUZ ESTELLA |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1093227606

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 02 MES 02 AÑO 1997

PAÍS: Colombia

DEPTO: Risaralda

MUNICIPIO: Santa Rosa de Cabal

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Manzana 4 Casa 11 Barrio La Flora II

PAÍS: Colombia DEPTO: Risaralda

MUNICIPIO: Santa Rosa de Cabal

TELÉFONO: +573105340683 EMAIL: estelita.g@hotmail.com

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

**EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA**

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

| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | 11 |
| | | | | | | | | | | X |

TÍTULO OBTENIDO: BACHILLER COMERCIAL

FECHA DE GRADO: MES 12 AÑO 2014

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TC | 3 | X | | TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA | 02 | 2017 | |
| TC | 1 | X | | ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR | 08 | 2023 | |
| TC | 1 | X | | RCP | 06 | 2018 | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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 |
|---|---|---|---|
| FUNDACION CENTRO DE BIENESTAR Y VIDA BETSABE ARBELAEZ | | X | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Risaralda | Santa Rosa de Cabal | cbabal@yahoo.com |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3107953712 / 3657705 | DÍA 16 MES 07 AÑO 2023 | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Auxiliar de Enfermería | Asistencial | Carrera 14 28 50 SRC |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| VITALITY HOME CARE | | X | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Risaralda | Pereira | |

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

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Auxiliar de Enfermería Domiciliario | | |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| FUNDACION CENTRO DE BIENESTAR Y VIDA BETSABE ARBELAEZ | | X | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Risaralda | Santa Rosa de Cabal | cbabal@yahoo.com |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3107953712 / 3657705 | DÍA 16 MES 11 AÑO 2017 | DÍA 15 MES 08 AÑO 2018 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Auxiliar de Enfermería | Asistencial | Carrera 14 28 50 SRC |

*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* | 02 | |
| *TRABAJADOR INDEPENDIENTE* | 03 | 09 |
| ***TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA*** | 05 | 09 |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO (X) ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E 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* Santa Rosa de Cabal, Febrero 26 de 2025

Luz Stella Giraldo

*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 1.093.227.606

GIRALDO MARIN
APELLIDOS

LUZ STELLA
NOMBRES

Luz stella Giraldo M.
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 02-FEB-1997
SANTA ROSA DE CABAL
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

03-FEB-2015 SANTA ROSA DE CABAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2408600-00676469-F-1093227606-20150308 0043484278A 1 42117417

Libertad y Orden

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE RISARALDA
MUNICIPIO DE PEREIRA

# EL INSTITUTO NACIONAL DE EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN INEC

**Institución de Educación Para el Trabajo y el Desarrollo Humano**

**Con licencia de funcionamiento según Resolución 2307 del 09 de julio de 2009 expedida por la Secretaría de Educación municipal de Pereira**

## Confiere el Presente CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS

**Como**

## TÉCNICO LABORAL EN

## AUXILIAR EN ENFERMERÍA

**Resolución 3248 del 17 de julio de 2016**

**A**

*Luz Stella Giraldo Marin*

**C.C. 1.093.227.606 de Santa Rosa De Cabal**

**Quien cumplió satisfactoriamente los requerimientos académicos exigidos por la Institución, con una duración del programa de 1.800 horas.**

**Para constancia de lo anterior, se firma y sella en Pereira a los 10 días del mes de febrero de 2017.**

**Director(a)** **Secretaria(o)**

*Certificado PEI-0002140 anotado en el Libro de Registro 254, bajo el Folio 304*
*Acta PEI-0002140 y Resolución 128 de 2017*

**Resolución No. 434 del 21 de Marzo de 2017**

Por la cual se autoriza el ejercicio de una ocupación

La Secretaria de Salud del Departamento de Risaralda, en uso de las atribuciones legales, especialmente las conferidas en la Ley 715/01, el Decreto 1875 de 1994 modificado por el Decreto 1352 de 2000, el parágrafo 1° del artículo 5 del Decreto 3616 de 2005 y demás normas concordantes, y

**C O N S I D E R A N D O**

Que, LUZ STELLA GIRALDO MARIN, identificado(a) con la cédula de ciudadanía 1093227606 ha solicitado la Autorización para el Ejercicio de una Ocupación en todo el Territorio Nacional una vez obtenido el Certificado de, TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA, Acta de grado No PEI-0002140 del 10 de Febrero de 2017.

Que la Secretaría Departamental de Salud, estudió y verificó la veracidad de la información suministrada por el/la interesado(a)

Que las ordenanzas Nº 012 del 2009 y la Nº 011 del 2007, ordenan el pago de las Estampillas Pro-Hospitales Universitarios y Pro-desarrollo del Departamento de Risaralda y la Ordenanza Nº 008 del 2011 establece las tarifas y derechos para la expedición de servicios profesionales en el área de la salud y otros servicios.

Por lo anterior

**R E S U E L V E**

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a, LUZ STELLA GIRALDO MARIN, para ejercer la ocupación de TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA en todo el territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO:Contra el presente Acto Administrativo procede el recurso de Reposición Presentada dentro de los 10 días hábiles siguientes a la notificación personal o por Edicto ante el Secretario Departamental de Salud y el subsidiario de apelación ante el Señor Gobernador del Departamento de Risaralda dentro del término antes señalado.

ARTICULO TERCERO: La presente resolución rige a partir de la fecha de su notificación.

**NOTIFÍQUESE PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE**

Dada en la ciudad de Pereira el 21 de Marzo de 2017

EDGAR HERNANDO NAVARRO ZULUAGA
Secretario de Salud Departamental( E )

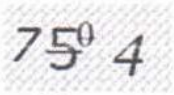
Elaboró: Lirne Teresa Moreno Salazar

6:37 PM

Luz

Giraldo

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

9386

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2023-07-14 - 6:35:38 PM

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Se Ap |
|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1093227606 | LUZ | STELLA | GIRALDO | MA |

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) LUZ STELLA GIRALDO MARIN identificado(a) con CC 1093227606 registra La siguiente información:

2023-07-14 - 6:35:38 PM

Información Académica

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| AUX | Local | TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA | 2017-03-21 | 434 | DEPARTAMENTO DE RISARALDA |

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).

**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

escapereira

# La Escuela de Salud Colombo Americana – ESCA PEREIRA

Con licencia de funcionamiento 0096 del 29 de julio de 2003, actualizada mediante Resolución No. 5287 de mayo 28 de 2018, Acuerdo N° 00407 de diciembre 28 de 2017 Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud, Ministerio Salud y de la Protección Social de Colombia.

Certifica que:

## LUZ STELLA GIRALDO MARÍN

**Ìdentificado con Cédula de C.C. No. 1.093.227.606 de Santa Rosa de Cabal, cursó y aprobó la CertificaciónVirtual en "ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR CON ENFOQUE EN LA PERSONA" dictado en Pereira, con una intensidad de CIENTOVEINTE (120) horas.**

MARÍA LUCÍA RODRÍGUEZ VELÁSQUEZ
DIRECTOR GENERAL

Pereira, 24/08/2023

Fundación
Betsabé Arbeláez

Santa Rosa de Cabal, Febrero de 2025

**LA FUNDACION CENTRO DE BIENESTAR Y VIDA**
**BETSABE ARBELAEZ**

**HACE CONSTAR**

Que la señora LUZ ESTELLA GIRALDO MARIN, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.093.227.606, labora en esta Institución desde el 16 de julio de 2023 como Auxiliar de Enfermería, con contrato a término fijo y devengando el salario mínimo legal mensual vigente. Es una persona responsable y eficiente en el desempeño de sus labores.

La certificación se expide a solicitud del interesado con el fin de dar cumplimiento al perfil del cargo.

Para constancia se firma en Santa Rosa de Cabal a los 13 días del mes de febrero de 2025.

Regina Rojas
**REGINA ROJAS**
Directora Ejecutiva

Carrera 14 No. 28-50 Teléfono 364 1180
Santa Rosa de Cabal, Risaralda
cbabal@yahoo.com

Fundación
Betsabé Arbeláez

Santa Rosa de Cabal, Febrero de 2025

**LA FUNDACION CENTRO DE BIENESTAR Y VIDA BETSABE ARBELAEZ**

**HACE CONSTAR**

Que la señora LUZ ESTELLA GIRALDO MARIN, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.093.227.606, laboro en esta Institución desde el 16 de noviembre de 2017 hasta el 15 de agosto de 2018 como Auxiliar de Enfermería, con contrato a término fijo y devengando el salario mínimo legal mensual vigente. Es una persona responsable y eficiente en el desempeño de sus labores.

La certificación se expide a solicitud del interesado con el fin de dar cumplimiento al perfil del cargo.

Para constancia se firma en Santa Rosa de Cabal a los 13 días del mes de febrero de 2025.

Regina Rojas

**REGINA ROJAS**
Directora Ejecutiva

Carrera 14 No. 28-50 Teléfono 364 1180
Santa Rosa de Cabal, Risaralda
cbabal@yahoo.com

Fundación
Betsabé Arbeláez

Santa Rosa de Cabal, Febrero de 2025

**CARTA DE COMPROMISO SOBRE EL PERSONAL OFERTADO**

ASUNTO: CARTA DE COMPROMISO CON LA UNION TEMPORAL NUEVA ESPERANZA SANTA ROSA

MARIA LUISA GALVIS DUQUE identificada como aparece al pie de mi firma, manifiesto mediante la presente que me comprometo a desempeñar el cargo de AUXILIAR DE SERVICIOS DE ENFERMERIA para la UNION TEMPORAL NUEVA ESPERANZA SANTA ROSA (sede Fundación centro de bienestar y vida Betsabé Arbeláez) con una dedicación del 100% en caso de resultar adjudicataria del proceso de la referencia.

Maria luisa Galvis Duque

**MARIA LUISA GALVIS DUQUE**
C.C. 1.093.226.254 de Santa Rosa de Cabal

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 |
|---|---|---|
| GALVIS | DUQUE | MARIA LUISA |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1093226254

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 31 MES 01 AÑO 1996

PAÍS: Colombia

DEPTO: Risaralda

MUNICIPIO: Santa Rosa de Cabal

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Calle 19B 17 41 Barrio San Vicente

PAÍS: Colombia DEPTO: Risaralda

MUNICIPIO: Santa Rosa de Cabal

TELÉFONO: +573103970740 EMAIL: mgalvisd6254@gmail.com

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

***EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA***

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

| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | X |

TÍTULO OBTENIDO: BACHILLER ACADEMICO

FECHA DE GRADO: MES 12 AÑO 2013

***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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TC | 3 | X | | TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA | 08 | 2017 | |
| TC | 1 | X | | IMPLEMENTACIÓN SGSST | 12 | 2024 | |
| TC | 1 | X | | PRIMEROS AUXILIOS | 02 | 2024 | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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 |
|---|---|---|---|
| FUNDACION CENTRO DE BIENESTAR Y VIDA BETSABE ARBELAEZ | | X | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Risaralda | Santa Rosa de Cabal | cbabal@yahoo.com |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3107953712 / 3657705 | DÍA 01 MES 09 AÑO 2024 | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Auxiliar de Enfermería | Asistencial | Carrera 14 28 50 SRC |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| INDEPENDIENTE | | X | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Risaralda | Santa Rosa de Cabal | mgalvisd6254@gmail.com |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| +573103970740 | DÍA 01 MES 04 AÑO 2021 | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Auxiliar de Enfermería/ Esteticista | | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| FUNDACION CENTRO DE BIENESTAR Y VIDA BETSABE ARBELAEZ | | X | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Risaralda | Santa Rosa de Cabal | cbabal@yahoo.com |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3107953712 / 3657705 | DÍA 01 MES 08 AÑO 2019 | DÍA 31 MES 01 AÑO 2021 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Auxiliar de Enfermería | Asistencial | Carrera 14 28 50 SRC |

**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* | 02 | |
| *TRABAJADOR INDEPENDIENTE* | 03 | 09 |
| ***TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA*** | 05 | 09 |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO (X) ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E 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* Santa Rosa de Cabal, Febrero 26 de 2025

María Rosa Gaviria Duque

*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 1.093.226.254

GALVIS DUQUE

APELLIDOS

MARIA LUISA

NOMBRES

Maria Luisa Galvis D.

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 31-ENE-1996

SANTA ROSA DE CABAL
(RISARALDA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 A+ F

ESTATURA G S RH SEXO

03-FEB-2014 SANTA ROSA DE CABAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-2408600-00554341-F-1093226254-20140317 0037630323A 1 41707356

INSTITUTO INEC
EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Libertad y Orden

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE RISARALDA
MUNICIPIO DE PEREIRA

# EL INSTITUTO NACIONAL DE EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN INEC

**Institución de Educación Para el Trabajo y el Desarrollo Humano**

**Con licencia de funcionamiento según Resolución 2307 del 09 de julio de 2009 expedida por la Secretaría de Educación municipal de Pereira**

## Confiere el Presente CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS

**Como**

# TÉCNICO LABORAL EN

# AUXILIAR EN ENFERMERÍA

**Resolución 3248 del 17 de julio de 2016**

**A**

*Maria Luisa Galvis Duque*

**C.C. 1.093.226.254 de Santa Rosa De Cabal**

**Quien cumplió satisfactoriamente los requerimientos académicos exigidos por la Institución, con una duración del programa de 1.800 horas.**

**Para constancia de lo anterior, se firma y sella en Pereira a los 04 días del mes de agosto de 2017.**

INSTITUTO INEC
EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

**Con licencia de funcionamiento según Resolución No.2307 del 09 de julio de 2009 y Programa con Resolución No.3248 del 17 de julio de 2016 expedida por la Secretaría de Educación municipal de Pereira**

## ACTA INDIVIDUAL DE CERTIFICACIÓN No.PEI-0002316

**El Director(a) del Instituto Nacional de Educación y Capacitación - INEC; en uso de las facultades otorgadas por La Ley 1860 de 1994, expide Acta Individual de Certificación por Competencias Laborales como:**

| | |
|---|---|
| PROGRAMA: | **TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA.** |
| A: | **MARIA LUISA GALVIS DUQUE** |
| DOCUMENTO: | **C.C. 1.093.226.254 de Santa Rosa De Cabal** |
| FECHA CERTIFICACIÓN: | **VIERNES, 04 DE AGOSTO DE 2017.** |
| LUGAR: | **INSTITUTO INEC** |

Cumplidos satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos de conformidad con las normas vigentes, se autoriza la expedición del Certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias como TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA y la anotación del certificado No. PEI-0002316 en el Libro de Registro No. 254 , Folio No. 480, Ceremonia de Certificación No. 137 y Resolución No. 137.

Para constancia se firma en Pereira el día viernes, 04 del mes de agosto del año 2017 la resolución de certificación conformada por 11 (once) estudiantes; que comienza con el nombre de GALVIS DUQUE MARIA LUISA y termina con TAPIA CORTES LUIS CAMILO.

**XIOMARA TORRES TELLO**
Director(a)

**MARIA MARYURI GIRALDO CARDONA**
Secretaria(o)

CONTROL ACADÉMICO

**JUNIO 09 DE 2017**
TERMINACION DEL PERIODO

INSTITUTO INEC
EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EL DIRECTOR DEL INSTITUTO NACIONAL DE EDUCACIÓN
Y CAPACITACIÓN INEC PEREIRA
ENTIDAD DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO DEBIDAMENTE AUTORIZADA MEDIANTE RESOLUCION 3248 DEL 17 DE JULIO DE 2016 EXPEDIDA POR LA SECRETARIA DE EDUCACION MUNICIPAL DE PEREIRA Y ACUERDO 00079 DEL 30 DE MARZO DE 2016 DE LA COMISIÓN INTERSECTORIAL PARA EL TALENTO HUMANO EN SALUD DEL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, NIT 9.866.395-3

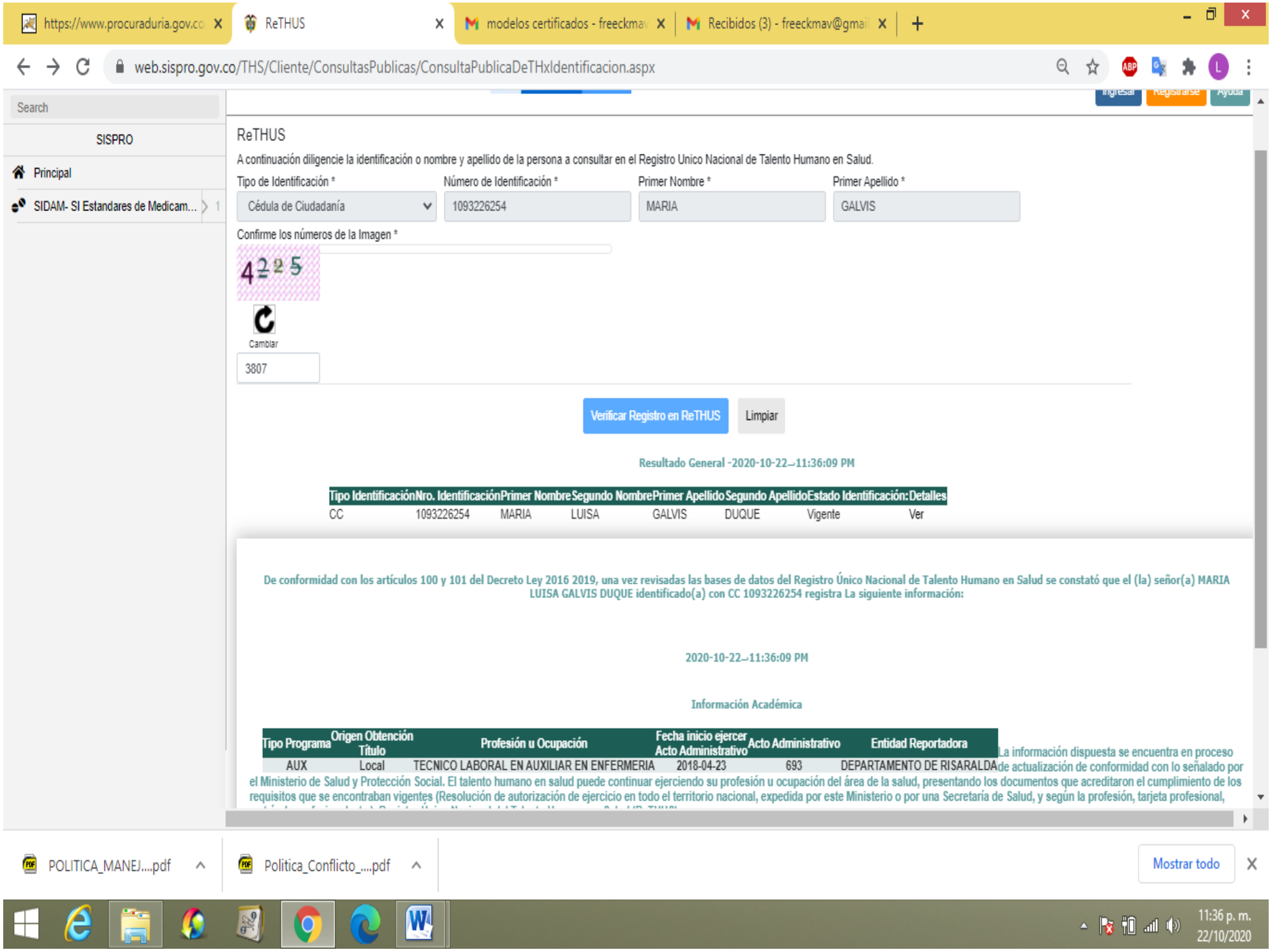
**HACE CONSTAR**

Que **MARIA LUISA GALVIS DUQUE,** identificada con cédula de ciudadanía número 1093226254 expedida en expedida en Santa Rosa, cursó y aprobó el programa **TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA** con fecha de terminación 30 junio de 2017 con una intensidad horaria de 1800 horas académicas realizando prácticas supervisadas en los siguientes módulos:

| CICLO | ENTIDAD | SERVICIO | INTENSIDAD HORARIA |
|---|---|---|---|
| I | Homeris | Hospitalización | 50 Horas |
| | E.S.E Salud Pereira Cuba | Consulta Externa | 50 Horas |
| | Liga Contra El Cancer | Hospitalización | 25 Horas |
| | Asilo | Geriatría | 50 Horas |
| II | Hospital San Jorge | Urgencias | 50 Horas |
| | Clinica de Fracturas y fracturas | Urgencias | 25 Horas |
| | Liga Contra El Cancer | Cirugía | 50 Horas |
| | Liga Contra El Cancer | Hospitalización | 50 Horas |
| | Hospital San Jorge | Medicina Interna | 50 Horas |
| III | Hospital San Jorge | Urgencias | 50 Horas |
| | Idime Dosquebradas | Consulta Externa | 50 Horas |
| | Hospital San Jorge | Pediatria | 50 Horas |
| | E.S.E Salud Pereira Centro | Ginecobstetricia (parto) | 25 Horas |

Se expide a los 19 dias del mes de septiembre de 2017 en la ciudad de Pereira Risaralda

**XIOMARA TORRES TELLO**
Directora Instituto INEC Pereira
Rbo: 95005


https://www.procuraduria.gov.co
ReTHUS
modelos certificados - freeckmav
Recibidos (3) - freeckmav@gmai
web.sispro.gov.co/THS/Cliente/ConsultasPublicas/ConsultaPublicaDeTHxIdentificacion.aspx
Search
SISPRO
Principal
SIDAM- SI Estandares de Medicam...
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 *
Cédula de Ciudadanía
Número de Identificación *
1093226254
Primer Nombre *
MARIA
Primer Apellido *
GALVIS
Confirme los números de la Imagen *
4225
Cambiar
3807
Verificar Registro en ReTHUS
Limpiar
Resultado General -2020-10-22--11:36:09 PM
Tipo Identificación Nro. Identificación Primer Nombre Segundo Nombre Primer Apellido Segundo Apellido Estado Identificación: Detalles
CC 1093226254 MARIA LUISA GALVIS DUQUE Vigente Ver
De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2016 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) MARIA LUISA GALVIS DUQUE identificado(a) con CC 1093226254 registra La siguiente información:
2020-10-22--11:36:09 PM
Información Académica
Tipo Programa Origen Obtención Título Profesión u Ocupación Fecha inicio ejercer Acto Administrativo Acto Administrativo Entidad Reportadora
AUX Local TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA 2018-04-23 693 DEPARTAMENTO DE RISARALDA
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,
POLITICA_MANEJ....pdf
Politica_Conflicto_....pdf
Mostrar todo
11:36 p. m.
22/10/2020

Pereira, 11 de Enero de 2018

**A QUIEN CORRESPONDA:**

Me complace indicar que conozco a María Luisa Galvis Duque portador del documento de identidad 1.093.226.254

María Luisa Galvis Duque laboró bajo mi supervisión durante un período de dos meses, como Auxiliar de enfermería, en la clínica fracturas y fracturas, desempeñando adecuadamente todas las funciones a las cuales fue asignada.

Firmo para lo pertinente a los once días de Enero de 2018, en Pereira.

Jessica Giraldo C.

Jessica Giraldo Cardona
Enfermera
3006555354

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

3. Concepto: 01 Inscripción

4. Número de formulario: 14670906593

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1093226254 | 6. DV: 4 | 12. Dirección seccional: Impuestos y Aduanas de Pereira | 14. Buzón electrónico: 16

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 13 | 1093226254 | 2014/02/03 |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 169 | Risaralda 66 | Santa Rosa de Cabal 682 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| GALVIS | DUQUE | MARIA | LUISA |

35. Razón social

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

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 169 | Risaralda 66 | Santa Rosa de Cabal 682 |

41. Dirección principal: CL 19 B 17 41 BRR SAN VICENTE

42. Correo electrónico: maria.galviz_@hotmail.com

43. Código postal | 44. Teléfono 1: 3103970740 | 45. Teléfono 2

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8692 | 2019/11/15 | | | | | | | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 20

20- Obtención NIT

### Obligados aduaneros

54. Código

### Exportadores

55. Forma | 56. Tipo | Servicio 1 2 3 | 57. Modo | 58. CPC

**IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación**

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [X] NO [ ] | 60. No. de Folios: 1 | 61. Fecha: 2019 - 11 - 15

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz, en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.2 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre: CELIS RICAURTE JUANITA
983. Cargo: Analista I

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Fundación
Betsabé Arbeláez

Santa Rosa de Cabal, Febrero de 2025

**LA FUNDACION CENTRO DE BIENESTAR Y VIDA**
**BETSABE ARBELAEZ**

**HACE CONSTAR**

Que la señora MARIA LUISA GALVIS DUQUE, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.093.226.254, laboro en esta Institución desde el 01 de agosto de 2019 hasta el 31 de enero de 2021 como Auxiliar de Enfermería, con contrato a término fijo y devengando el salario mínimo legal mensual vigente. Es una persona responsable y eficiente en el desempeño de sus labores.

La certificación se expide a solicitud del interesado con el fin de dar cumplimiento al perfil del cargo.

Para constancia se firma en Santa Rosa de Cabal a los 25 días del mes de febrero de 2025.

Regina Rojas

**REGINA ROJAS**
Directora Ejecutiva

Carrera 14 No. 28-50 Teléfono 364 1180
Santa Rosa de Cabal, Risaralda
cbabal@yahoo.com

Fundación
Betsabé Arbeláez

Santa Rosa de Cabal, Febrero de 2025

**LA FUNDACION CENTRO DE BIENESTAR Y VIDA**
**BETSABE ARBELAEZ**

**HACE CONSTAR**

Que la señora MARIA LUISA GALVIS DUQUE, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.093.226.254, labora en esta Institución desde el 01 de septiembre de 2024 como Auxiliar de Enfermería, con contrato a tiempo parcial término indefinido y devengando el salario mínimo legal mensual vigente. Es una persona responsable y eficiente en el desempeño de sus labores.

La certificación se expide a solicitud del interesado con el fin de dar cumplimiento al perfil del cargo.

Para constancia se firma en Santa Rosa de Cabal a los 13 días del mes de febrero de 2025.

Regina Rojas

**REGINA ROJAS**
Directora Ejecutiva

Carrera 14 No. 28-50 Teléfono 364 1180
Santa Rosa de Cabal, Risaralda
cbabal@yahoo.com

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 |
|---|---|---|
| FLOREZ | SANTA | MARILUZ |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 33965221

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 12 MES 11 AÑO 1982

PAÍS: Colombia

DEPTO: Caldas

MUNICIPIO: Pelestina

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Calle 27A 11 32 Bosques de Santa Ana

PAÍS: Colombia DEPTO: Risaralda

MUNICIPIO: Santa Rosa de Cabal

TELÉFONO: +573144372204 EMAIL: marysanta82@gmail.com

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

***EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA***

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

| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | | | TÍTULO OBTENIDO: BACHILLER ACADEMICO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | 11 | MES 12 AÑO 2002 |
| | | | | | | | | | | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TC | 3 | X | | TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA | 06 | 2007 | |
| TC | 1 | X | | CUIDADOS CON EL ADULTO MAYOR | 09 | 2018 | |
| TC | 1 | X | | PRIMEROS AUXILIOS | 11 | 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 |
|---|---|---|---|
| FUNDACION CENTRO DE BIENESTAR Y VIDA BETSABE ARBELAEZ | | X | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Risaralda | Santa Rosa de Cabal | cbabal@yahoo.com |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3107953712 / 3657705 | DÍA 01 MES 09 AÑO 2011 | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Auxiliar de Enfermería | Asistencial | Carrera 14 28 50 SRC |

**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* | 12 | 05 |
| *TRABAJADOR INDEPENDIENTE* | | |
| ***TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA*** | 12 | 05 |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO (X) ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E 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* Santa Rosa de Cabal, Febrero 26 de 2025

Marylut Flórez Soto.

*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
33965221
NUMERO
FLOREZ SANTA
APELLIDOS
MARILUZ
NOMBRES
FIRMA



INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 12-NOV-1982
PALESTINA
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.52
ESTATURA
B+
G.S. RH
F
SEXO
15-NOV-2000 SANTA ROSA DE CABAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
P-2408500-54089611-F-0033965221-20010614 0224101164B 01 095776354

Colegio Cooperativo de
Bachillerato Nocturno
Santa Rosa de Cabal

# Acta de Grado

Inscripción S.E. 12119
DANE: 366682001331

En Santa Rosa de Cabal, Risaralda, a los 13 días del mes de Diciembre del año 2002, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría del
Colegio Cooperativo de Bachillerato Nocturno
Institución aprobada en el Nivel de Educación Media Académica, con Licencia de Funcionamiento concedida por la Secretaría de Educación Departamental, para otorgar el Título de: **Bachiller Académico**
según Resolución No. 1299 del 28 de Octubre de 2002.
Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el título de
**Bachiller Académico**
Al graduando cuyo nombre, apellidos y número de documento de identificación se relacionan a continuación

## MARILUZ FLOREZ SANTA

C.C. 53.963.221 de Santa Rosa de Cabal

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 044 de fecha 13 de Diciembre de 2002 que consta de 82 estudiantes que comienza con el nombre de:
LAURA LISETH ACOSTA CARDONA
y se cierra con el nombre de:
ANDRES FELIPE VILLEGAS BEDANCUR

Firmada y Sellada por Jaime Humberto Cardona Ossa (Rector) y Otilia Bedoya Arboleda (Secretaria)
Dada en Santa Rosa de Cabal, Risaralda, a los 13 días del mes de Diciembre de 2002

En constancia se firma la presente, por quienes intervinieron en cumplimiento de lo ordenado en el Artículo 7º del Decreto 180 de 1981 y el Decreto 921 de 1994.

Firmada y Sellada

Rector
C.C. No. 16.590.438 de Santa Rosa de Cabal

Secretaria
C.C. 25.159.599 de Santa Rosa de Cabal

Diploma No.

La República de Colombia
Y en su nombre

FUNDACION DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION

"FUSDESA"

Educación no formal Acuerdo Ejecutivo No. 31 de Febrero de 1999
expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de Funcionamiento No. 1530-22 de Abril de 1999
emanada de la Secretaria de educación de Distrito de Bogota D.C.

# Que : Florez Santa Mariluz

Curso y Aprobó los estudios programados por la Institución y cumplió los requisitos exigidos por la Ley
Con una intensidad de 1800 horas

## Técnico Laboral en

## AUXILIAR DE ENFERMERIA

Presidente
Roberto Galindo C.

Secretaria
Nancy Galindo

Secretaria Académica
Lila Yaneth Lopez Ramirez

Dado en Bogotá D.C., A los 29 días del mes de Junio de 2007
Anotado en el folio 5920 del libro 04 del Registro de Fusdesa

# FUNDACION DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION
# "FUSDESA"

Aprobada por: Ministerio de Salud Acuerdo Ejecutivo No. 81 del 02 de Febrero de 1999 y Licencia de Funcionamiento No. 1930 del 22 de Abril de 1999. Emanada de la Secretaría de Educación de Salud de Bogotá, D.C.

## ACTA GENERAL No. 017

En Bogotá, D.C. El día 27 de Junio del año dos mil siete (2007), se Reunieron en el aula múltiple de la Escuela de Salud FUSDESA, el Presidente, Director Académico, Coordinador Académico y el Cuerpo de Docentes previo juramento de ley se le hizo entrega a:

## ACTA INDIVIDUAL No. 5920

**Florez Santa Marilu**

C.C. 38.965.221 de Santa Rosa de Cabal

El certificado que lo (a) acredita como:

**Técnico Laboral**
**Auxiliar de Enfermería**

Por haber cumplido los requisitos académicos y las disposiciones reglamentarias, conforme a disposiciones de la Ley con una intensidad de 1.800 horas.

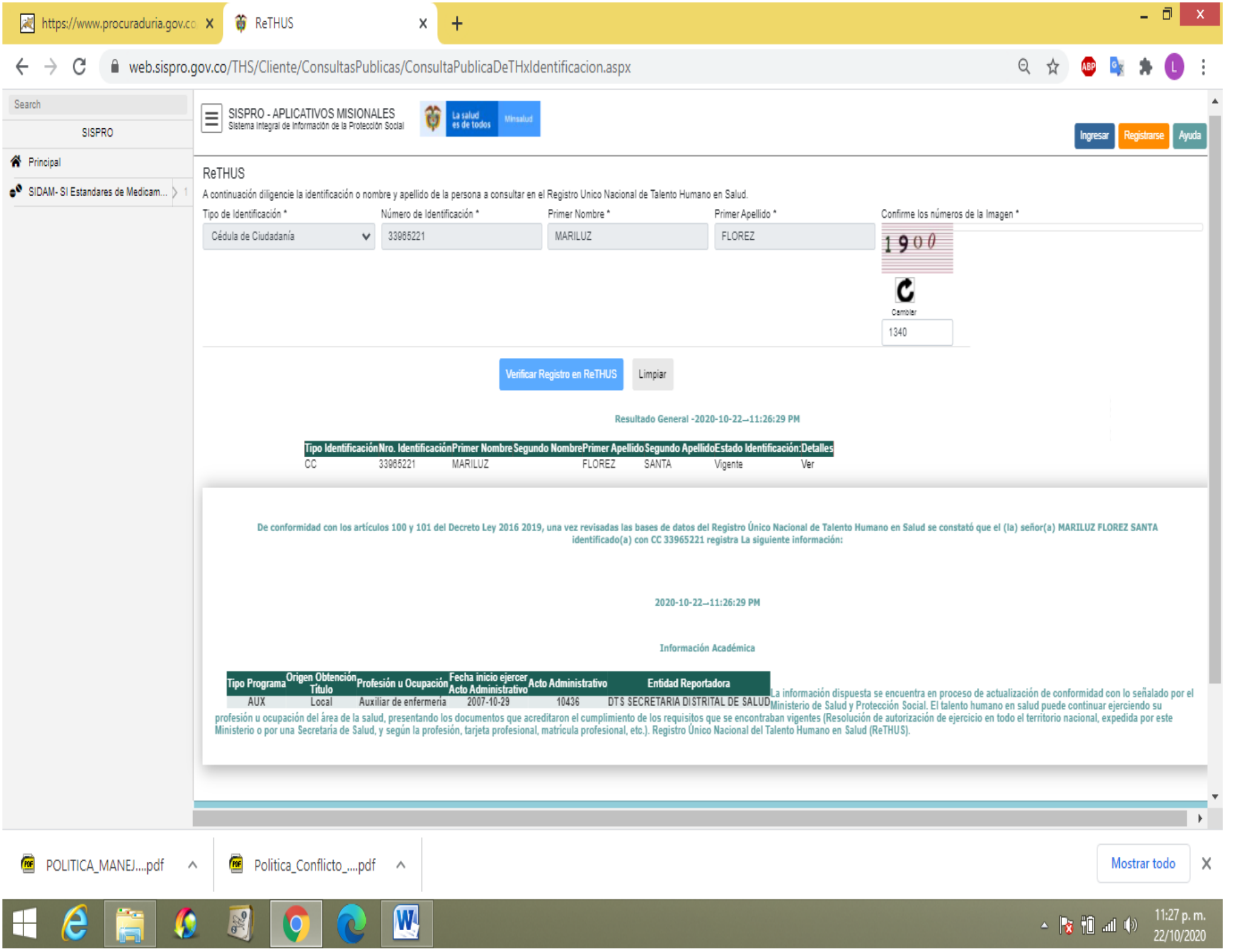
Para constancia se firma la presente en Bogotá, D.C. A los Veintisiete (27) días del mes de Junio del año dos mil siete (2007)

FUSDESA
DIRECTOR
ACADEMICO

**Presidente**
Roberto Gallardo G.

**Secretaria**
Nancy Galindo

**Directora Académica**
Lic. Yaneth Cicca Ramirez


https://www.procuraduria.gov.co
ReTHUS
web.sispro.gov.co/THS/Cliente/ConsultasPublicas/ConsultaPublicaDeTHxIdentificacion.aspx
Search
SISPRO
Principal
SIDAM- SI Estandares de Medicam...
SISPRO - APLICATIVOS MISIONALES
Sistema Integral de Información de la Protección Social
La salud es de todos
Minsalud
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 *
Cédula de Ciudadanía
Número de Identificación *
33965221
Primer Nombre *
MARILUZ
Primer Apellido *
FLOREZ
Confirme los números de la Imagen *
1900
Cambiar
1340
Verificar Registro en ReTHUS
Limpiar
Resultado General -2020-10-22--11:26:29 PM
Tipo Identificación Nro. Identificación Primer Nombre Segundo Nombre Primer Apellido Segundo Apellido Estado Identificación: Detalles
CC 33965221 MARILUZ FLOREZ SANTA Vigente Ver
De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2016 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) MARILUZ FLOREZ SANTA identificado(a) con CC 33965221 registra La siguiente información:
2020-10-22--11:26:29 PM
Información Académica
Tipo Programa Origen Obtención Título Profesión u Ocupación Fecha inicio ejercer Acto Administrativo Acto Administrativo Entidad Reportadora
AUX Local Auxiliar de enfermería 2007-10-29 10436 DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).
POLITICA_MANEJ....pdf
Politica_Conflicto_....pdf
Mostrar todo
11:27 p. m.
22/10/2020

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto: 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario: 14191040671

(415)7707212489984(8020) 000001419104067 1

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

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 3 3 9 6 5 2 2 1 | 2 0 0 0 1 1 1 5 |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Risaralda 6 6 | Santa Rosa de Cabal 6 8 2 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| FLOREZ | SANTA | MARILUZ | |

35. Razón social

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

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Risaralda 6 6 | Santa Rosa de Cabal 6 8 2 |

41. Dirección principal: CL 27 A 11 32 BRR BOSQUES DE SANTA ANA

42. Correo electrónico: marysanta82@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 6 6 1 4 8 0 | 3 1 4 4 3 7 2 2 0 4 |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 |
| 8 6 9 2 | 2 0 1 1 0 4 2 8 | | | | | |

### Ocupación

| 51. Código | 52. Número establecimientos |
|---|---|
| 5 1 3 2 | |

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

20- Obtención NIT

## Obligados aduaneros

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. Código | | | | | | | | | | |
| | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| | | | | | | | | | | |

## Exportadores

| 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 57. Modo | | | |
| | | 58. CPC | | | |

**IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación**

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2012 - 12 - 15

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz, en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: MORENO RODRIGUEZ FLOR ALBA

985. Cargo: Gestor II

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fundación
Betsabé Arbeláez

Santa Rosa de Cabal, Febrero de 2025

**LA FUNDACION CENTRO DE BIENESTAR Y VIDA BETSABE ARBELAEZ**

**HACE CONSTAR**

Que la señora MARILUZ FLOREZ SANTA, identificada con cédula de ciudadanía No. 33.965.221, labora en esta Institución desde el 01 de septiembre de 2011 como Auxiliar de Enfermería, con contrato a término fijo y devengando el salario mínimo legal mensual vigente. Es una persona responsable y eficiente en el desempeño de sus labores.

La certificación se expide a solicitud del interesado con el fin de dar cumplimiento al perfil del cargo.

Para constancia se firma en Santa Rosa de Cabal a los 13 días del mes de febrero de 2025.

Regina Rojas

**REGINA ROJAS**
Directora Ejecutiva

Carrera 14 No. 28-50 Teléfono 364 1180
Santa Rosa de Cabal, Risaralda
cbabal@yahoo.com

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 |
|---|---|---|
| **QUICENO** | **GALEANO** | **DORIS** |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (x) C.E ( ) PAS ( ) No. 25.166.239

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 09 MES 02 AÑO 1961

PAÍS Colombia

DEPTO MUNICIPIO Santa Rosa de Cabal

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Calle 9 # 10-14

PAÍS Colombia DEPTO Risaralda

MUNICIPIO Santa Rosa de Cabal

TELÉFONO 33113541969 EMAIL dorisquiga@hotmail.com

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

**EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA**

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

| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | | | TÍTULO OBTENIDO: **Bachiller Comercial** | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | FECHA DE GRADO | |
| | | 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 X11 | 12 1977 |

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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 |
|---|---|---|---|
| Albergue Sagrado Corazón de Jesús | | X | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Risaralda | Santa Rosa de Cabal | ssvpsantarosadecabal@gmail.com |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 606365189 | DÍA 01 MES 12 AÑO 2016 | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Manipuladora de alimentos | Cocina | Cra 9 9-37 |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Hotel Casona Real | | X | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Risaralda | Santa Rosa de Cabal | N.T |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3113242313 | DÍA 02 MES 01 AÑO 2007 | DÍA 01 MES 11 AÑO 2012 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Encargado de cocina | Cocina | Cra 14 # 11-66 |

**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 | 14 | 2 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | | |
| **TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA** | **14** | **2** |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO [X] ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E 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* Santa Rosa de Cabal, Febrero 26 de 2025

*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*

"Sociedad San Vicente de Paul"
Albergue Sagrado Corazón
NIT. 891.408.283-3

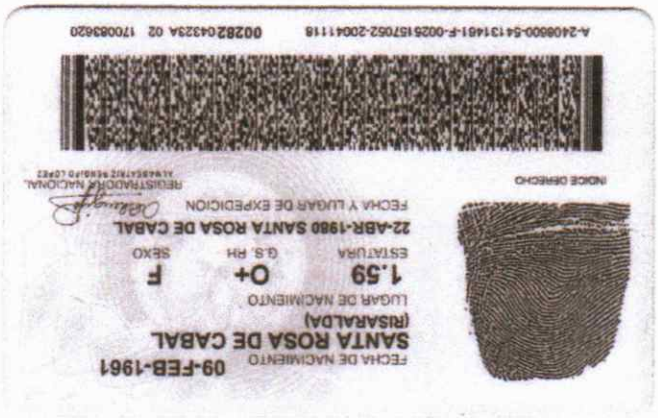
## CARTA DE COMPROMISO SOBRE EL PERSONAL OFERTADO

**ASUNTO:** CARTA DE COMPROMISO CON LA UNION TEMPORAL NUEVA ESPERANZA

DORIS QUICENO GALEANO identificado como aparece al pie de mi firma, manifiesto mediante la presente que me comprometo a desempeñar el cargo de MANIPULADORA DE ALIMENTOS en la sede Sociedad San Vicente de Paul Albergue Sagrado Corazón" para la Unión Temporal Nueva Esperanza con una dedicación del tiempo completo en caso de resultar adjudicataria del procesos de la referencia.

Doris Quiceno G CC 25157.052
**DORIS QUICENO GALEANO**
**C.C 25.157.052 de Santa Rosa de Cabal**


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO
25.157.052
QUICENO GALEANO
APELLIDOS
DORIS
NOMBRES
FIRMA


A-2408800-54131461-F-0025157052-20041118 0028204323A 02 1700836 20
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
22-ABR-1980 SANTA ROSA DE CABAL
ESTATURA
1.59
G.S. RH
O+
SEXO
F
LUGAR DE NACIMIENTO
SANTA ROSA DE CABAL
(RISARALDA)
FECHA DE NACIMIENTO
09-FEB-1961

# Cruz Roja Colombiana
## Seccional Risaralda

Instituto de Formación de la Cruz Roja Seccional Risaralda

Resolución No 930 del 07 de Marzo de 2014

Secretaria de Educación Municipal de Pereira

**Hace Constar Que:**

**Doris Quiceno Galeano**

Identificado(a) con cédula de ciudadanía C.C. 25157052, expedida en Santa Rosa De Cabal.

**Aprobó satisfactoriamente el curso de:**

***BRIGADA DE EMERGENCIA***

Con una intensidad de **40** horas

Realizado en el municipio de Pereira, Risaralda el 7 de octubre de 2019

**Carlos Andrés Marulanda Lenis**
Director de Educación
Tel: 3152344 - 3164781819
educacionrisaralda@cruzrojacolombiana.org

**Registro RDA INS** C.C. 25157052

Código de Certificado
EGy1yjGASC

ESCUELA DE FORMACIÓN
PARAÍSO OTOÑAL
EL ARTE DE CUIDAR LO HUMANO

*Licencia de funcionamiento 1191 de 2017 Secretaría de Educación de Dosquebradas Risaralda*

# HACE CONSTAR QUE:

## DORIS QUICENO GALEANO

## CC: 25.157.052.

Ha completado el **DIPLOMADO EN ATENCION INTEGRAL AL ADULTO MAYOR CON ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA**, realizado en Dosquebradas Risaralda con una intensidad horaria de 160 horas

**30 - Noviembre - 2018**

**NEY HOLES ORTEGA CHAMORRO**
**Rector**

**ALBERTO PEREZ MEDINA**
**Director Académico**

Puede verificar la autenticidad de este certificado en la URL: http://www.escuelaparaisootonal.edu.co/verificar/

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

***Hace constar que***

## DORIS QUICENO GALEANO

*Con Cedula de Ciudadania No. 25157052*

*Cursó y aprobó la acción de Formación*

**IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

*con una duración de 50 horas*

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Dosquebradas, a los veintiocho (28) días del mes de junio de dos mil dieciocho (2018)*

Firmado Digitalmente por
JHON FREDDY AMAYA TABORDA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

JHON FREDDY AMAYA TABORDA
SUBDIRECTOR
CENTRO DE DISEÑO E INNOVACIÓN TECNOLÓGICA INDUSTRIAL
REGIONAL RISARALDA

**53457003 - 28/06/2018**
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9223001711029CC25157052C.

# MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL



Certifica a

## Doris Quiceno

Por su participación en la Asistencia Técnica como espacio formativo e instructivo en torno a la persona mayor, y los programas de envejecimiento humano y vejez.

dado en Chinchiná, Caldas a los veintinueve (29) días del mes de octubre de 2019

FABIÁN RICARDO VILLACÍS RECALDE
Gerentólogo - Oficina de Promoción Social

JHON ALEXANDER GARCÍA BUSTAMANTE
Director CBA

La salud es de todos Minsalud · Sueños que son Hechos Chinchiná · Gobierno de Caldas · Fundación COANGEL · Territorial

**LOS PROGRAMAS DE PROMOCION SOCIAL Y CONDICIONES CRONICAS NO TRANSMISIBLES DEL DEPARTAMENTO DE RISARALDA**

***CERTIFICAN QUE:***

# *DORIS QUICENO GALEANO*

**CC:25,157,052**

*Participó en la*

***ornada de formación teórico-práctica en la temática del Adulto Mayor y Estilos de Vida Saludables con énfasis en Alimentación y Actividad Física dirigida***

*llevado a cabo entre el 6 de julio y el 3 de octubre de 2017*
*con una intensidad de 8 horas*

***Olga Lucía Hoyos Gómez***
*Secretaria de Salud Departamental*

***Diego Alejandro Rincon Hurtado***
*Director operativo de Salud Pública*

*Para constancia, se firma en Pereira, a los tres (3) días del mes de octubre de 2017*

Risaralda



FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

*NIT. 901544869-6*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

## *Certifica*

# *Doris Quiceno Galeano*

## *CC 25157052 de Santa Rosa de Cabal- Risaralda*

**Realizó y aprobó el Curso Primeros Auxilios con un total de 60 Horas.**

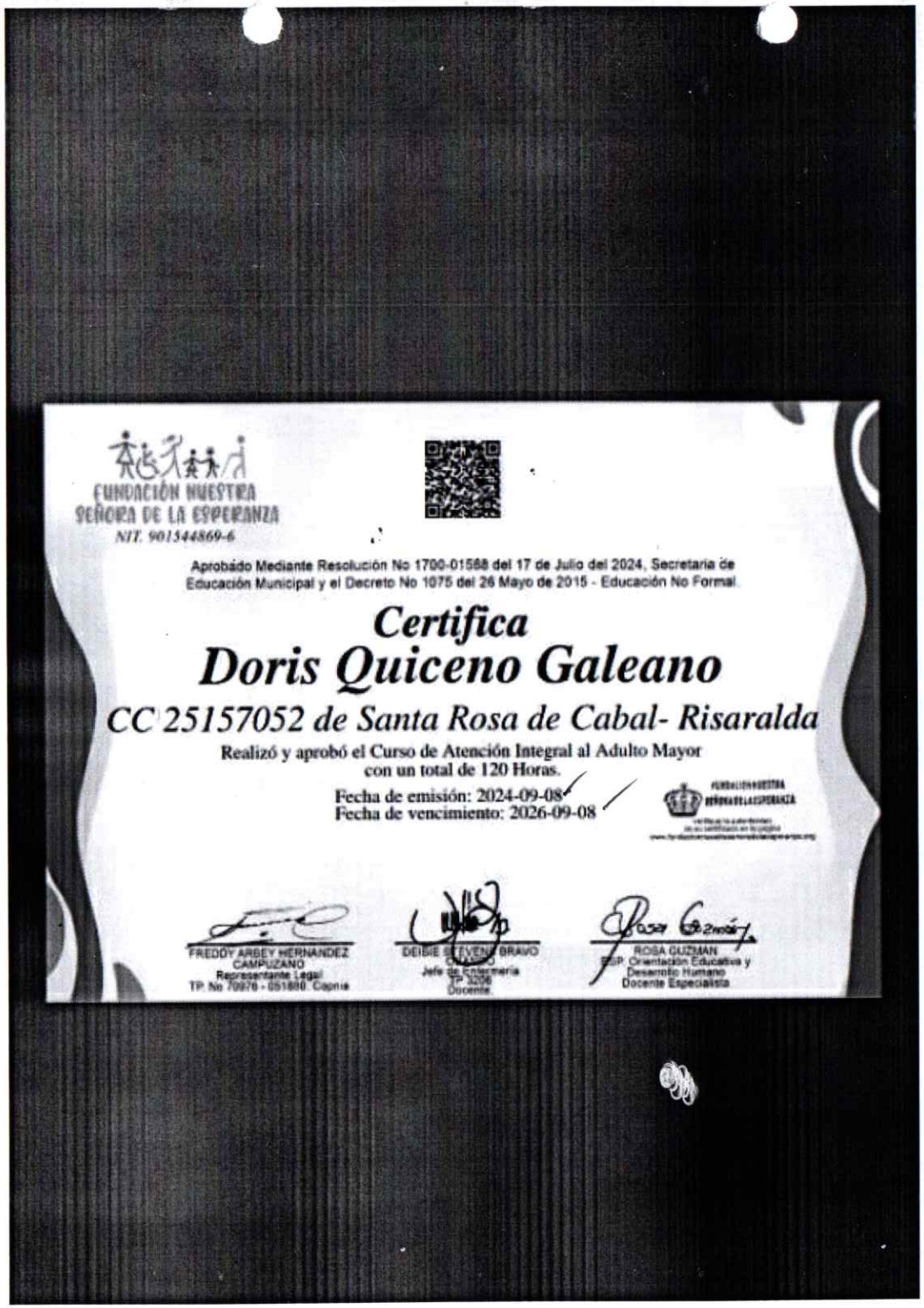
**Fecha de emisión: 2024-09-10**
**Fecha de vencimiento: 2026-09-10**

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

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

DEIBIS STEVENS BRAVO
Jefe de Enfermería
TP. 12258
Docente

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista



FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01568 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

## *Certifica*

# *Doris Quiceno Galeano*

## *CC 25157052 de Santa Rosa de Cabal- Risaralda*

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integral al Adulto Mayor
con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2024-09-08
Fecha de vencimiento: 2026-09-08

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP No 70976 - 051680 Capris

DEIBIE STEVENS BRAVO
Jefe de Enfermería
TP 12256
Docente

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista




RISARALDA

*El presente carnet certifica que el titular ha recibido capacitación y entrenamiento supervisado por la Secretaría de Salud del Departamento cumpliendo las normas vigentes en materia de Salud Pública sobre manipulación de alimentos.*

*Válido Hasta el* junio 27 *de 20* 24

"Sociedad San Vicente de Paul"
Albergue Sagrado Corazón
NIT. 891.408.283-3

**LA SOCIEDAD SAN VICENTE DE PAÚL – ALBERGUE SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS**

**HACE CONSTAR**

Que la señora **DORIS QUICENO GALEANO**, identificada con cédula de ciudadanía número **25.157.052**, labora en esta institución desde el 11 de diciembre del año 2015, como manipuladora de alimentos del Albergue Sagrado Corazón de Jesús, vinculada mediante contrato a término fijo, en jornada de tiempo completo, devengando el salario mínimo, más auxilio de transporte y todas las prestaciones de ley, afiliada al sistema de seguridad social.

Para constancia, se firma en Santa Rosa de Cabal, a los 22 días del mes de noviembre de 2024.

Atentamente,

"Sociedad San Vicente de Paúl" Nit. 891.408.283-3
Presidente - Representante Legal

**JULIÁN FERNÁNDEZ BOTERO**

Representante Legal

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 |
|---|---|---|
| **RODRIGUEZ** | **PEREZ** | **GLORIA INES** |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (x) C.E ( ) PAS ( ) No. 25.164.807

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 13 MES 08 AÑO 1971

PAÍS Colombia

DEPTO MUNICIPIO Santa Rosa de Cabal

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Cra 9 Bis # 31-10 Portal del Prado

PAÍS Colombia DEPTO Risaralda

MUNICIPIO Santa Rosa de Cabal

TELÉFONO 3126572296 EMAIL Gr567483@gmail.com

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

**EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA**

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

| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | | | TÍTULO OBTENIDO: | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO | | | |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | 11 | | MES | AÑO | |
| | | | | X | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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 |
|---|---|---|---|
| Albergue Sagrado Corazón de Jesús | | X | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Risaralda | Santa Rosa de Cabal | ssvpsantarosadecabal@gmail.com |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 606365189 | DÍA 01 MES 09 AÑO 2014 | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Manipuladora de alimentos | Cocina | Cra 9 9-37 |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Casa de familia | | X | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Risaralda | Santa Rosa de Cabal | N.T |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3113391589 | DÍA 02 MES 03 AÑO 2014 | DÍA 02 MES 08 AÑO 2015 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Oficios Varios cocina | Cocina y otros | Calle 15 # 11-15 |

**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 | 11 | 10 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | | |
| **TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA** | **11** | **10** |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO [X] ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E 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* Santa Rosa de Cabal. Febrero 26 de 2025

Gloria Inés Rodríguez P.

*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 25.164.807
RODRIGUEZ PEREZ
APELLIDOS
GLORIA INES
NOMBRES
Gloria Ines Rodriguez P
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 13-AGO-1971
SANTA ROSA DE CABAL
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.52 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
25-OCT-1989 SANTA ROSA DE CABAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO

A-2408600-00126061-F-0025164807-20081108 0005585823A 1 4890009794

"Sociedad San Vicente de Paul"
Albergue Sagrado Corazón
NIT. 891.408.283-3

## CARTA DE COMPROMISO SOBRE EL PERSONAL OFERTADO

**ASUNTO:** CARTA DE COMPROMISO CON LA UNION TEMPORAL NUEVA ESPERANZA.

**GLORIA INES RODRIGUEZ PEREZ** identificado como aparece al pie de mi firma, manifiesto mediante la presente que me comprometo a desempeñar el cargo de **Manipuladora De Alimentos** "en la Sede Sociedad San Vicente De Paul Alberge Sagrado Corazón" para la Unión Temporal Nueva Esperanza con una dedicación del tiempo completo en caso de resultar adjudicataria del proceso de la referencia.

Gloria Ines Rodriguez P. 25.164.807

**GLORIA INES RODRIGUEZ PEREZ**
CC 25.164.807 De Santa Rosa De Cabal



FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Résolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

## *Certifica*

# *Gloria Ines Rodriguez Perez*

## *CC 25164807 de Santa Rosa de Cabal- Risaralda*

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integral al Adulto Mayor
con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2024-09-08
Fecha de vencimiento: 2026-09-08

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

FREDDY ARLEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70978 - 051880 Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OSORIO
Jefe de Postsemería
TP. 30206
Docente

ROSA GUZMAN
Esp. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista



FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

## *Certifica*

# *Gloria Ines Rodriguez Perez*

## *CC 25164807 de Santa Rosa de Cabal- Risaralda*

Realizó y aprobó el Curso Primeros Auxilios
con un total de 60 Horas.

Fecha de emisión: 2024-09-10
Fecha de vencimiento: 2026-09-10

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70078 - 051680. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO
Jefe de Enfermería
TP. 24206
Docente

ROSA GUZMAN
Esp. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

GOBERNACIÓN DE RISARALDA
DIRECCIÓN OPERATIVA
DE SALUD PÚBLICA

PROGRAMA FACTORES DE RIESGO DEL CONSUMO

CARNÉ DE MANIPULADOR DE ALIMENTOS

FOTO

Nº SSD66- 682 42137

NOMBRE: Gloria Ines Rodriguez Perez

IDENTIFICACIÓN: 25164807

AUTORIZA

RISARALDA

*El presente carnet certifica que el titular ha recibido capacitación y entrenamiento supervisado por la Secretaría de Salud del Departamento cumpliendo las normas vigentes en materia de Salud Pública sobre manipulación de alimentos.*

*Válido Hasta el* Junio 27 de 20 24

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14561427310

(415)7707212489984(8020) 000001456142731 0

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|---|
| 2 5 1 6 4 8 0 7 | 1 | Impuestos y Aduanas de Pereira | 1 6 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 2 5 1 6 4 8 0 7 | 1 9 8 9 1 0 2 5 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Risaralda 6 6 | Santa Rosa de Cabal 6 8 2 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| RODRIGUEZ | PEREZ | GLORIA | INES |

35. Razón social

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

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Risaralda 6 6 | Santa Rosa de Cabal 6 8 2 |

41. Dirección principal
CR 9 31 10 BRR PORTAL DEL PRADO

42. Correo electrónico

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 2 6 5 7 2 2 9 6 | |

## CLASIFICACIÓN

| Actividad económica | | | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | |
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código 1 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 9 7 0 0 | 2 0 1 7 0 1 0 2 | 9 6 0 9 | 2 0 1 7 0 2 0 6 | | | |

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

| Obligados aduaneros | Exportadores |
|---|---|
| 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | 55. Forma / 56. Tipo / Servicio 1 2 3 |
| 54. Código | 57. Modo |
| 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 | 58. CPC |

**IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación**

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2019 - 05 - 31

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo

Fecha generación documento PDF: 09-04-2021 11:16:29AM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

"Sociedad San Vicente de Paul"
Albergue Sagrado Corazón
NIT. 891.408.283-3

**LA SOCIEDAD SAN VICENTE DE PAÚL – ALBERGUE SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS**

**HACE CONSTAR**

Que la señora **GLORIA INÉS RODRÍGUEZ PÉREZ**, identificada con cédula de ciudadanía número **25.164.807**, labora en esta institución desde el 01 de septiembre del año 2014, como Manipuladora de Alimentos del Albergue Sagrado Corazón de Jesús, vinculada mediante contrato a término fijo, en jornada de tiempo completo, devengando el salario mínimo, más auxilio de transporte y todas las prestaciones de ley, afiliada al sistema de seguridad social.

Para constancia, se firma en Santa Rosa de Cabal, a los 22 días del mes de noviembre de 2024.

Atentamente,

"Sociedad San Vicente de Paul" Nit. 891.408.283-3 Presidente - Representante Legal

**JULIÁN FERNÁNDEZ BOTERO**

Representante Legal

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 |
|---|---|---|
| **ECHEVERRY** | **GIRALDO** | **LINA MARIA** |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (x) C.E ( ) PAS ( ) No. 25.173.827

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 11 MES 09 AÑO 1979

PAÍS Colombia

DEPTO Risaralda

MUNICIPIO Santa Rosa de Cabal

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Cra 12 # 10-62

PAÍS Colombia DEPTO Risaralda

MUNICIPIO Santa Rosa de Cabal

TELÉFONO 3157014570 EMAIL Mariasabmeo50708@gmail.com

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

**EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA**

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

| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | | | TÍTULO OBTENIDO: | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | | | MEDIA | FECHA DE GRADO |
| | | 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5Xo. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 X11 | 04 2004 |

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TC | 3 | X | | TECNICO AUXILIAR ENFERMERIA | 11 | 2005 | 76-5155-05 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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 |
|---|---|---|---|
| Albergue Sagrado Corazón de Jesús | | x | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Risaralda | Santa Rosa de Cabal | ssvpsantarosadecabal@gmail.com |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 606365189 | DÍA 12 MES 09 AÑO 2023 | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Auxiliar de Enfermería | Asistencial | Cra 9 9-37 |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| H Y L | | X | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Risaralda | Pereira | N.T |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3126926896 | DÍA 14 MES 03 AÑO 2020 | DÍA 17 MES 07 AÑO 2023 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Auxiliar de enfermería | Asistencial | Calle 19 # 5-13 |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Laboratorio Clínico Dra María del Pilar Ortiz | | X | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Risaralda | Santa Rosa de Cabal | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3206504236 | DÍA 15 MES 11 AÑO 2010 | DÍA 10 MES 12 AÑO 2011 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Auxiliar de laboratorio | Laboratorio | Cra 12 entre 14 y 15 |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Bienestar del Anciano Betsabé | | x | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Risaralda | Santa Rosa de Cabal | cbabal@gmail.com |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3641180 | DÍA 10 MES 08 AÑO 2008 | DÍA 06 MES 11 AÑO 2009 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Auxiliar de Enfermería | Asistencial | Cra 14 # 28-50 |

**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* | *19* | *11* |
| *TRABAJADOR INDEPENDIENTE* | | |
| ***TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA*** | ***19*** | ***11*** |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO [X] ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E 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* Santa Rosa de Cabal, Febrero 26 de 2025

Tina Mª Echeverry G

*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*

"Sociedad San Vicente de Paul"
Albergue Sagrado Corazón
NIT. 891.408.283-3

**CARTA DE COMPROMISO SOBRE EL PERSONAL OFERTADO**

**ASUNTO:** CARTA DE COMPROMISO CON LA UNIÓN TEMPORAL NUEVA ESPERANZA.

**LINA MARÍA ECHEVERRY GIRALDO,** identificada como aparece al pie de mi firma, manifiesto mediante la presente que me comprometo a desempeñar el cargo de auxiliar de enfermería en la sede Sociedad San Vicente de Paúl – Albergue Sagrado Corazón, para la Unión Temporal Nueva Esperanza, con una dedicación de tiempo completo, en caso de resultar adjudicataria del proceso de la referencia.

Atentamente,

Lina Mª Echeverry G.
**LINA MARÍA EHCEVERRY GIRALDO**

C.C. 25.173.827



Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 25.173.827
ECHEVERRY GIRALDO

APELLIDOS
LINA MARIA

NOMBRES

Lina Mª Echeverry G.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 11-SEP-1979
SANTA ROSA DE CABAL
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

07-NOV-1997 SANTA ROSA DE CABAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-2408600-01260543-F-0025173827-20211015 0075796226H 1 8502265212

Powered by CamScanner

# ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

## INSTITUTO TÉCNICO NACIONAL DE COMERCIO

## "SIMON RODRIGUEZ"

## EDUCACIÓN SUPERIOR

### ACTA No.

En la ciudad de Santiago de Cali a los dieciocho (18) días del mes de Noviembre de 2005 y de conformidad con el Acuerdo No. 046 del 14 de diciembre de 2001 del Ministerio de Salud y la Resolución No. 0211 del 01 de Abril de 2003, emanada de la Secretaría Municipal de Educación, se celebró la Sesión solemne con el fin de otorgar Certificado de Técnico Auxiliar a estudiantes de la Instrución, previo el juramento reglamentario.

El acto de graduación estuvo presidido por el Rector de INTENALCO Doctor NEYL GRIZALES ARANA.

EL INSTITUTO TÉCNICO NACIONAL DE COMERCIO SIMON RODRIGUEZ

Confiere el certificado de:

**TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA**

A:

**Lina María Echeverry Giraldo**

C.C. 25'173.827 de Santa Rosa de Cabal (Risaralda)

quien cumplió con los requisitos académicos, las exigencias establecidas en los Reglamentos y las normas legales.

Dada en Santiago de Cali a los dieciocho (18) días del mes de Noviembre de 2005.

No requiere autenticación (Decreto 2150 del 5 de Diciembre de 1995 de la Presidencia de la República).

NEYL GRIZALES ARANA
Rector

IVAN ORLANDO GONZALEZ
Secretario General



Powered by CamScanner

La República de Colombia
y en su nombre

El Instituto Técnico Nacional de Comercio
" Simón Rodríguez "
**INTENALCO**

Con Autorización Oficial según Resolución No. 0211 del 01 abril de 2003
emanada de la Secretaría Municipal de Educación

Certifica la Aptitud Ocupacional de:

**Lina María Echeverry Giraldo**

C.C. 25.173.827 de Santa Rosa de Cabal

En la modalidad de:

**TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA**

(Acuerdo No. 046 del 14 de diciembre de 2001) Ministerio de Salud

Intensidad total 2000 horas

Dado en Santiago de Cali a los dieciocho (18) días del mes de noviembre de 2005

Neyl Grizales Arana
Rector

Iván Orlando González Quijano
Secretario General

José Bernardino Hernández G.
Director de Unidad

12 DIC 2005
5155

Registro Institucional Folio No. 058 del libro de Certificados No. 001

Powered by CamScanner

DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA
SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL VALLE

**RESOLUCION No.** 76 -5155

12 DIC 2005

Por la cual concede una autorización para el desempeño de una Profesión.

El Profesional Especializado de la Secretaria Departamental de Salud del Valle del Cauca, de acuerdo a lo dispuesto en el Decreto 1875 del 03 de Agosto de 1994, el Decreto 1352 del 12 de julio de 2000, la resolución 4313 del 23 de Octubre de 2003 y

CONSIDERANDO

Que LINA MARIA ECHEVERRY GIRALDO identificada con cedula de ciudadania No 25.173.827 expedida en Santa Rosa de Cabal-Risaralda, ha solicitado autorización para desempeñarse como Tecnico Auxiliar de Enfermeria, según certificado de Aptitud Ocupacional que le otorgó EL INSTITUTO TECNICO NACIONAL DE COMERCIO -SIMON RODRIGUEZ-INTENALCO en -Cali Valle, el 18 de Noviembre de 2005.

En consideración éste Despacho,

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO — Autorizar a LINA MARIA ECHEVERRY GIRALDO, para desempeñarse como Tecnico Auxiliar de Enfermeria en todo el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO — Esta Resolución rige a partir de la fecha de su notificación.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

JOSE MARIA MATERON MUÑOZ
Profesional Especializado

*Elaboro Myriam Emilsen*

Powered by CamScanner

*Centro Educativo*

# ASEDER

*Asesorías Educativas Para El Desarrollo Regional*

**Aprobado por la Secretaria de Educación y Cultura del Departamento del Cauca. Resolución No. 2258-11-2002**

## Confiere a:

## LINA MARIA ECHEVERRY GIRALDO

**C.C. 25.173.827 Santa Rosa de Cabal**

## El Titulo de:

## *BACHILLER ACÀDEMICO*

Por haber culminado satisfactoriamente los estudios de Educación Media Académica. Este titulo habilita plenamente al educando para cursar estudios de la Educación Superior en cualquiera de sus niveles y carreras de pregrado.

(Artículo 28 Ley 115 –94)

*Luis Arley Ocampo Buitrago*
*Rector*

*Nohora Lucia Aristizábal*
*Secretaria*

*Santander de Quilichao, Cauca, 17 de Abril de 2004*

Powered by CamScanner

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*

# *Lina María Echeverry Giraldo*

## *c.c. 25173827 de Santa Rosa De Cabal - Risaralda*

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integral a la Primera Infancia
con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2022-09-29
Fecha de vencimiento: 2024-09-29

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la página
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

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*

# *Lina María Echeverry Giraldo*

## *c.c. 25173827 de Santa Rosa De Cabal - Risaralda*

Realizó y aprobó el Curso Primeros Auxilios
con un total de 60 Horas.

Fecha de emisión: 2022-09-27
Fecha de vencimiento: 2024-09-27

FUNDACIONNUESTRA
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

CELAN CENTRO LATINOAMERICANO DE NUTRICIÓN

CERTIFICA QUE

**LINA MARIA ECHEVERRY GIRALDO**

con documento No. 25173827

Participó en el curso virtual

**Aspectos prácticos del soporte nutricional enteral para enfermería**

Realizado en nuestra plataforma virtual
con una intensidad de 30 horas de aprendizaje

Fecha de expedición: agosto 2, 2022

PATRICIA SAVINO
Director General

CRISTINA POSADA
Directora Académica

Escaneado con Cam

Powered by CamScanner

# NUCASIM

NURSING CARE SIMULATION

Porque Tienes Muchas Vidas En Tus Manos

**NURSING CARE SIMULATION, centro de entrenamiento y simulación, cumpliendo con los estandares establecidos para su programa de "SOPORTE VITAL CARDIOVASCULAR"**

**CERTIFICA QUE**

*Lina Maria Echeverry Giraldo*

C.C. 25.173.827

Asistió y aprobó el curso **"SVB/BLS Para profesionales de la salud"** dictado en esta ciudad, con una intensidad de veinticuatro (24) horas.

JORGE IVÁN ESTRADA PEÑA

INSTRUCTOR BLS/ACLS

CC 10.019.995 de Pereira

Pereira, 29 de diciembre de 2021

Powered by CamScanner

NUCASIM

NURSING CARE SIMULATION

Porque Tienes Muchas Vidas En Tus Manos

NURSING CARE SIMULATION, como Centro de Entrenamiento y simulación, cumple con los estándares establecidos por su programa de "Competencias en Cuidados Enfermeros"

**CERTIFICA QUE**

*Lina Maria Echeverry Giraldo*

C.C. 25.173.827

Asistió y aprobó el curso de competencias en Inmunobiológicos "*Programa Ampliado de Inmunización y componente administrativo en vacunación*", orientado en esta ciudad, con una intensidad de sesenta (60) horas

JORGE IVAN ESTRADA PEÑA
Enfermero Profesional
Director NUCASIM

Pereira, 17 de diciembre de 2021

Powered by CamScanner

NUCASIM

NURSING CARE SIMULATION

Porque Tienes Muchas Vidas En Tus Manos

NURSING CARE SIMULATION, como Centro de Entrenamiento y simulación, cumple con los estándares establecidos por su programa de "Competencias en Cuidados Enfermeros"

CERTIFICA QUE

*Lina Maria Echeverry Giraldo*

C.C. 25.173.827

Asistió y Aprobó el curso en "Abordaje integral en salud de paciente víctima de violencia sexual" con una intensidad de cuarenta y ocho (48) horas

JORGE IVAN ESTRADA PEÑA
Enfermero Profesional
Director NUCASIM

Pereira, 21 de diciembre de 2021

Powered by CamScanner

DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA
SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL VALLE

RESOLUCION No. 76 -5155

12 DIC 2005

Por la cual concede una autorización para el desempeño de una Profesión.

El Profesional Especializado de la Secretaria Departamental de Salud del Valle del Cauca, de acuerdo a lo dispuesto en el Decreto 1875 del 03 de Agosto de 1994, el Decreto 1352 del 12 de julio de 2000, la resolución 4313 del 23 de Octubre de 2003 y

CONSIDERANDO

Que LINA MARIA ECHEVERRY GIRALDO identificada con cedula de ciudadania No 25.173.827 expedida en Santa Rosa de Cabal-Risaralda, ha solicitado autorización para desempeñarse como Tecnico Auxiliar de Enfermeria, según certificado de Aptitud Ocupacional que le otorgó EL INSTITUTO TECNICO NACIONAL DE COMERCIO -SIMON RODRIGUEZ-INTENALCO en -Cali Valle, el 18 de Noviembre de 2005.

En consideración éste Despacho,

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO — Autorizar a LINA MARIA ECHEVERRY GIRALDO, para desempeñarse como Tecnico Auxiliar de Enfermeria en todo el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO — Esta Resolución rige a partir de la fecha de su notificación.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

JOSE MARIA MATERON MUÑOZ
Profesional Especializado

*Elaboro Myriam Emilsen*

Powered by CamScanner

*Centro Educativo*

# ASEDER

*Asesorías Educativas Para El Desarrollo Regional*

**Aprobado por la Secretaria de Educación y Cultura del Departamento del Cauca. Resolución No. 2258-11-2002**

Confiere a:

## LINA MARIA ECHEVERRY GIRALDO

**C.C. 25.173.827 Santa Rosa de Cabal**

El Titulo de:

## *BACHILLER ACADEMICO*

Por haber culminado satisfactoriamente los estudios de Educación Media Académica. Este titulo habilita plenamente al educando para cursar estudios de la Educación Superior en cualquiera de sus niveles y carreras de pregrado.

(Artículo 28 Ley 115 –94)

*Luis Arley Ocampo Buitrago*
*Rector*

*Nohora Lucia Aristizábal*
*Secretaria*

*Santander de Quilichao, Cauca, 17 de Abril de 2004*

Powered by CamScanner

La República de Colombia
y en su nombre

El Instituto Técnico Nacional de Comercio
" Simón Rodríguez "

# INTENALCO

Con Autorización Oficial según Resolución No. 0211 del 01 abril de 2003
emanada de la Secretaría Municipal de Educación

## Certifica la Aptitud Ocupacional de:

## Lina María Echeverry Giraldo

C.C. 25.173.827 de Santa Rosa de Cabal

## En la modalidad de:

## TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA

(Acuerdo No. 046 del 14 de diciembre de 2001) Ministerio de Salud

Intensidad total 2000 horas
Dado en Santiago de Cali a los dieciocho (18) días del mes de noviembre de 2005

Neyl Grizales Arana
Rector

Iván Orlando González Quijano
Secretario General

José Bernardino Hernández G.
Director de Unidad

Fecha 12 DIC 2005
Resolución No. 5155

INTENALCO

Registro Institucional Folio No. 058 del libro de Certificados No. 001

Powered by CamScanner

# ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

## INSTITUTO TÉCNICO NACIONAL DE COMERCIO

## "SIMON RODRIGUEZ"

## EDUCACIÓN SUPERIOR

**ACTA No.**

En la ciudad de Santiago de Cali a los dieciocho (18) días del mes de Noviembre de 2005 y de conformidad con el Acuerdo No. 046 del 14 de diciembre de 2001 del Ministerio de Salud y la Resolución No. 0211 del 01 de Abril de 2003, emanada de la Secretaria Municipal de Educación, se celebró la Sesión solemne con el fin de otorgar Certificado de Técnico Auxiliar a estudiantes de la Institución, previo el juramento reglamentario.

El acto de graduación estuvo presidido por el Rector de INTENALCO Doctor **NEYL GRIZALES ARANA.**

EL INSTITUTO TÉCNICO NACIONAL DE COMERCIO SIMON RODRIGUEZ

Confiere el certificado de:

**TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA**

A:

**Lina María Echeverry Giraldo**

C.C. 25´173.827 de Santa Rosa de Cabal (Risaralda)

quien cumplió con los requisitos académicos, las exigencias establecidas en los Reglamentos y las normas legales.

Dada en Santiago de Cali a los dieciocho (18) días del mes de Noviembre de 2005.

No requiere autenticación (Decreto 2150 del 5 de Diciembre de 1995 de la Presidencia de la República).

NEYL GRIZALES ARANA
Rector

IVAN ORLANDO GONZALEZ
Secretario General



Powered by CamScanner

Resultado General

-2022-08-23→3:51:32 PM

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación: | Detalle |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 25173827 | LINA | MARIA | ECHEVERRY | GIRALDO | 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) LINA MARIA ECHEVERRY GIRALDO identificado(a) con CC 25173827 registra La siguiente información:

2022-08-23→3:51:32 PM

Información Académica

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| TEC | Local | Técnica profesional en enfermería | 2005-12-12 | 765155 | DTS SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL VALLE |

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).

Powered by CamScanner

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

# Lina María Echeverry Giraldo

## CC 25173827 de Santa Rosa De Cabal - Risaralda

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integral al Adulto Mayor con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2023-09-11
Fecha de vencimiento: 2025-09-11

FUNDACIONNUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la página
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

Importante: La información registrada en la base de datos el 11/09/2023 12:25:00

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 11/09/2023 12:25:00

Los asterisco (*) son afiliados independientes.

Powered by CamScanner

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 02 Actualización

4. Número de formulario 14854910386

(415)7707212489984(8020) 000001485491038 6

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 2 5 1 7 3 8 2 7 | 7 | Impuestos y Aduanas de Pereira 1 6 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 2 5 1 7 3 8 2 7 | 1 9 9 7 1 1 0 7 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Risaralda 6 6 | Santa Rosa de Cabal 6 8 2 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| ECHEVERRY | GIRALDO | LINA | MARIA |

35. Razón social

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

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Risaralda 6 6 | Santa Rosa de Cabal 6 8 2 |

41. Dirección principal: CR 12 10 62

42. Correo electrónico: mariasalome050708@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 5 7 0 1 4 5 7 0 | 3 1 3 5 5 1 4 7 1 7 |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

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

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

52 - Facturador electrónico

### Obligados aduaneros

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. Código | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

### Exportadores

| 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 57. Modo | | | |
| | | 58. CPC | | | |

**IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación**

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2022 - 08 - 25 / 14 : 38: 25

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre ECHEVERRY GIRALDO LINA MARIA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

"Sociedad San Vicente de Paul"
Albergue Sagrado Corazón
NIT. 891.408.283-3

**LA SOCIEDAD SAN VICENTE DE PAÚL – ALBERGUE SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS**

**HACE CONSTAR**

Que la señora **LINA MARÍA ECHEVERRY GIRALDO**, identificada con cédula de ciudadanía número **25.173.827**, labora en esta institución desde el 01 de enero del año 2023, como Auxiliar de Enfermería del Albergue Sagrado Corazón de Jesús, vinculada mediante contrato a término fijo, en jornada de tiempo completo, devengando el salario mínimo, más auxilio de transporte y todas las prestaciones de ley, afiliada al sistema de seguridad social.

Para constancia, se firma en Santa Rosa de Cabal, a los 22 días del mes de noviembre de 2024.

Atentamente,

"Sociedad San Vicente de Paúl"
Nit. 891.408.283-3
Presidente - Representante Legal

**JULIÁN FERNÁNDEZ BOTERO**

Representante Legal

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*

# *Lina María Echeverry Giraldo*

## *CC 25173827 de Santa Rosa De Cabal - Risaralda*

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integral al Adulto Mayor con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2023-09-11
Fecha de vencimiento: 2025-09-11

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la página
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. 901366232-1

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

# *Certifica*

# *Lina María Echeverry Giraldo*

## *c.c. 25173827 de Santa Rosa De Cabal - Risaralda*

Realizó y aprobó el Curso Primeros Auxilios
con un total de 60 Horas.

Fecha de emisión: 2022-09-27
Fecha de vencimiento: 2024-09-27

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3208
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

# INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT 901544869-6*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

## *Hace Constar que:*

# *Lina María Echeverry Giraldo*

*CC 25173827 de Santa Rosa De Cabal - Risaralda*

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

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-02-27
Fecha de vencimiento: 2027-02-27

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 |
|---|---|---|
| **SALGADO** | **RAMOS** | **MARTHA ISABEL** |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (x) C.E ( ) PAS ( ) No. 25.157.052

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 06 MES 01 AÑO 1973

PAÍS Colombia

DEPTO MUNICIPIO Manizales

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Calle 9 # 9-31

PAÍS Colombia DEPTO Risaralda

MUNICIPIO Santa Rosa de Cabal

TELÉFONO 3128189822 EMAIL N.T

## 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 | | | | | SECUNDARIA | | | | | MEDIA | FECHA DE GRADO |
| | 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5Xo. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 11 | |

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

**EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Albergue Sagrado Corazón de Jesús | | X | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Risaralda | Santa Rosa de Cabal | ssvpsantarosadecabal@gmail.com |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 606365189 | DÍA 01 MES 09 AÑO 2014 | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Cuidadora | Cuidadora | Cra 9 9-37 |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Casa de familia | | X | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Risaralda | Santa Rosa de Cabal | N.T |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3123236012 | DÍA 26 MES 07 AÑO 1991 | DÍA 06 MES 04 AÑO 2015 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Cuidadora oficios varios | Hogar | Cra 14 # 10-76 |

**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* | 34 | 7 |
| *TRABAJADOR INDEPENDIENTE* | | |
| ***TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA*** | ***34*** | ***7*** |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO [X] ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E 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* Santa Rosa de Cabal, Febrero 26 de 2025

*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*

"Sociedad San Vicente de Paul"
Albergue Sagrado Corazón
NIT. 891.408.283-3

## CARTA DE COMPROMISO SOBRE EL PERSONAL OFERTADO

**ASUNTO:** CARTA DE COMPROMISO CON LA UNION TEMPORAL NUEVA ESPERANZA.

**MARTHA ISABEL SALGADO** identificado como aparece al pie de mi firma, manifiesto mediante la presente que me comprometo a desempeñar el cargo de **CUIDADORA** "en la Sede Sociedad San Vicente De Paul Alberge Sagrado Corazón" para la Unión Temporal Nueva Esperanza con una dedicación de medio tiempo en caso de resultar adjudicataria del proceso de la referencia.

Martha Isabel Salgado

**MARTHA ISABEL SALGADO**
**CC 25.166.239** De Santa Rosa De Cabal

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 25.166.239

SALGADO RAMOS
APELLIDOS

MARTHA ISABEL
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 06-ENE-1973
MANIZALES
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.61 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

30-AGO-1991 SANTA ROSA DE CABAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-2408600-54158101-F-0025166239-20070522 05333 07142A 02 223216501

# FUNDACIÓN PRAXIS MÉDICA

**N.I.T. 900352440-2**

Cámara y Comercio S0503131 Armenia, Quindio

## CERTIFICA QUE:

# *Martha Isabel Salgado Ramos*

C.C. 25.166.239 SANTA ROSA DE CABAL, RISARALDA

Asistió al CURSO DE CUIDADO BÁSICO AL ADULTO MAYOR CON ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA, realizado en Santa Rosa de Cabal ,Risaralda, con una intensidad de 80 horas.

Armenia, Quindio 31 de mayo de 2019

ALBERTO PÉREZ MEDINA
REPRESENTANTE LEGAL

NEY HOLMES ORTEGA CHAMORRO
COORDINADOR DEL PROYECTO

*Artículo 2.6.6.8 Decreto 1075 de 2015 Mineducación. Educación informal para complemento, actualización, perfeccionamiento, renovación o profundización de conocimientos, habilidades, técnicas y prácticas no conduce a titulo ni aptitud ocupacional. No representa titulo o aptitud ocupacional.*

# Cruz Roja Colombiana
## Seccional Risaralda

Instituto de Formación de la Cruz Roja Seccional Risaralda

Resolución No 930 del 07 de Marzo de 2014

Secretaria de Educación Municipal de Pereira

**Hace Constar Que:**

**Martha Isabel Salgado**

Identificado(a) con cédula de ciudadanía C.C. 25166239, expedida en Santa Rosa De Cabal.

**Aprobó satisfactoriamente el curso de:**

***BRIGADA DE EMERGENCIA***

Con una intensidad de **40** horas

Realizado en el municipio de Pereira, Risaralda el 7 de octubre de 2019

**Carlos Andrés Marulanda Lenis**
Director de Educación
Tel: 3152344 - 3164781819
educacionrisaralda@cruzrojacolombiana.org

**Registro RDA INS** C.C. 25166239

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 9 Solicitud de actualización de datos de identificación

4. Número de formulario 14530764770

(415)7707212489984(8020) 000001453076477 0

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 2 5 1 6 6 2 3 9 | 7 | Impuestos y Aduanas de Pereira 1 6 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 2 5 1 6 6 2 3 9 | 1 9 9 1 0 8 3 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Risaralda 6 6 | Santa Rosa de Cabal 6 8 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| GADO | RAMOS | MARTHA | ISABEL |

Razón social

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

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Risaralda 6 6 | Santa Rosa de Cabal 6 8 |

41. Dirección principal
CL 9 9 31 BRR OSANAM

42. Correo electrónico ssvpsantarosadecabal@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 3 8 1 9 0 7 5 2 | |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código 1 | 2 | |
| 9 6 0 9 | 2 0 1 9 0 1 0 2 | 8 2 9 9 | 2 0 1 9 0 2 0 6 | | | |

### Ocupación

| 51. Código | 52. Número establecimientos |
|---|---|
| | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

### Obligados aduaneros

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. Código | | | | | | | | | |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| | | | | | | | | | |

### Exportadores

| 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 57. Modo | | | |
| | | 58. CPC | | | |

**IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovaci**

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI ☐ NO ☐ 60. No. de Folios: 61. Fecha 2019 - 05 - 23

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre QUICENO GALEANO CONSUELO
985. Cargo Analista V

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

*NIT. 901544869-6*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01568 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal

# *Certifica*

# *Martha Isabel Salgado Ramos*

## *CC 25166239 de Santa Rosa de Cabal - Risaralda*

Realizó y aprobó el Curso Primeros Auxilios
con un total de 60 Horas.

Fecha de emisión: 2024-08-29
Fecha de vencimiento: 2026-08-29

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. Nº 70978 - 051680 Cocora

DEIBIE STEVENS BRAVO OSORNO
Jefe de Enfermeria
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

Aprobadc Mediante Resolución No 1700-01568 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal

# *Certifica*

# *Martha Isabel Salgado Ramos*

## *CC 25166239 de Santa Rosa de Cabal - Risaralda*

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integral al Adulto Mayor con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2024-08-27
Fecha de vencimiento: 2026-08-27

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

FREDDY ARREY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70971 - 051660 Copnia

DEIRE STEVENS BRAVO OSPINO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente

ROSA FELTMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

"Sociedad San Vicente de Paul"
Albergue Sagrado Corazón
NIT. 891.408.283-3

**LA SOCIEDAD SAN VICENTE DE PAÚL – ALBERGUE SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS**

**HACE CONSTAR**

Que la señora **MARTHA ISABEL SALGADO RAMOS**, identificada con cédula de ciudadanía número **25.166.239**, labora en esta institución desde el 01 de abril del año 2018, como Cuidadora del Albergue Sagrado Corazón de Jesús, vinculada mediante contrato a término fijo, en jornada de tiempo completo, devengando el salario mínimo, más auxilio de transporte y todas las prestaciones de ley, afiliada al sistema de seguridad social.

Para constancia, se firma en Santa Rosa de Cabal, a los 22 días del mes de noviembre de 2024.

Atentamente,

"Sociedad San Vicente de Paúl" Nit. 891.408.283-3 Presidente - Representante Legal

**JULIÁN FERNÁNDEZ BOTERO**

Representante Legal

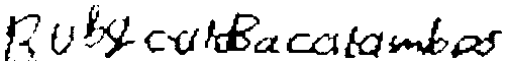
Fundación
Betsabé Arbeláez

Santa Rosa de Cabal, Febrero de 2025

**CARTA DE COMPROMISO SOBRE EL PERSONAL OFERTADO**

ASUNTO: CARTA DE COMPROMISO CON LA UNION TEMPORAL NUEVA ESPERANZA SANTA ROSA

RUBY ALBA CALAMBAS CUCHILLO identificada como aparece al pie de mi firma, manifiesto mediante la presente que me comprometo a desempeñar el cargo de MANIPULADORA DE ALIMENTOS para la UNION TEMPORAL NUEVA ESPERANZA SANTA ROSA (sede Fundación centro de bienestar y vida Betsabé Arbeláez) con una dedicación del 100% en caso de resultar adjudicataria del proceso de la referencia.



**RUBY ALBA CALAMBAS CUCHILLO**
C.C.25.733.126 de Toribio

Carrera 14 No. 28-50 Teléfono 364 1180
Santa Rosa de Cabal, Risaralda
cbabal@yahoo.com

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* |
|---|---|---|
| CALAMBAS | CUCHILLO | RUBY ALBA |

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN*: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 25733126 — *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 05 MES 05 AÑO 1973

PAÍS Colombia

DEPTO Cauca

MUNICIPIO Toribio

*DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA*

Barrio La Carrilera

PAÍS Colombia DEPTO Risaralda

MUNICIPIO Santa Rosa de Cabal

TELÉFONO +573215938483 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* | | | | | *SECUNDARIA* | | | | *MEDIA* | | *FECHA DE GRADO* |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | 11 | 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* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TC | 1 | X | | CUIDADOS BÁSICO PERSONAS MAYORES | 08 | 2019 | |
| TC | 1 | X | | PRIMEROS AUXILIOS | 11 | 2019 | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

**EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| FUNDACION CENTRO DE BIENESTAR Y VIDA BETSABE ARBELAEZ | | X | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Risaralda | Santa Rosa de Cabal | cbabal@yahoo.com |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3107953712 / 3657705 | DÍA 01 MES 05 AÑO 2018 | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Manipuladora de Alimentos | Asistencial | Carrera 14 28 50 SRC |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| INDEPENDIENTE | | X | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Risaralda / Cauca | Santa Rosa de C / Toribio | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| +573215938483 | DÍA 01 MES 01 AÑO 1991 | DÍA 31 MES 12 AÑO 2017 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Oficios Varios | | |

**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* | 06 | 09 |
| *TRABAJADOR INDEPENDIENTE* | 22 | |
| ***TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA*** | 28 | 09 |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO (X) ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E 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* Santa Rosa de Cabal, Febrero 26 de 2025

Ruby Cano Bacatambos

*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 25.733.126

CALAMBAS CUCHILLO

APELLIDOS

RUBY ALBA

NOMBRES

Ruby alba calambas

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 05-MAY-1973

TORIBIO
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

| 1.54 | O+ | F |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

01-ABR-1996 TORIBIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1109400-00129577-F-0025733126-20081119 0006340640A 1 27917075

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

GOBERNACIÓN DE RISARALDA
DIRECCIÓN OPERATIVA
DE SALUD PÚBLICA

PROGRAMA FACTORES DE RIESGO DEL CONSUMO

CARNÉ DE MANIPULADOR DE ALIMENTOS

FOTO

Nº SS066- 682 40994

NOMBRE: Kuby Alba Colombas Cuchillo

IDENTIFICACIÓN: 25. 733. 126

AUTORIZA

RISARALDA

El presente carnet certifica que el titular ha recibido capacitación y entrenamiento supervisado por la Secretaría de Salud del Departamento cumpliendo las normas vigentes en materia de Salud Pública sobre manipulación de alimentos.

Válido Hasta el Enero 30 de 20 26

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

***Hace constar que***

**RUBY ALBA CALAMBAS CUCHILLO**

*Con Cedula de Ciudadania No. 25733126*

*Cursó y aprobó la acción de Formación*

# HIGIENE Y MANIPULACION DE ALIMENTOS

*con una duración de 20 horas*

*En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Pereira. a los veintitres (23) dias del mes de abril de dos mil veintiuno (2021)*

Firmado Digitalmente por

GERMAN ANDRES SANCHEZ SANCHEZ
Subdirector (E)
CENTRO ATENCION SECTOR AGROPECUARIO
REGIONAL RISARALDA

**74909292 - 23/04/2021**
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9121002314990CC25733126C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

***Hace constar que***

## RUBY ALBA CALAMBAS CUCHILLO

*Con Cedula de Ciudadania No. 25733126*

*Cursó y aprobó la acción de Formación*

## APLICACION DE MEDIDAS DE CONTROL PARA LA INOCUIDAD DE ALIMENTOS

*con una duración de 48 horas*

*En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Santa Rosa De Cabal. a los diez (10) días del mes de diciembre de dos mil veinte (2020)*

Firmado Digitalmente por

GERMAN ANDRES SANCHEZ SANCHEZ
Subdirector (E)
CENTRO ATENCION SECTOR AGROPECUARIO
REGIONAL RISARALDA

**71824069 - 10/12/2020**
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9121002224312CC25733126C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

***Hace constar que***

**RUBY ALBA CALAMBAS CUCHILLO**

*Con Cedula de Ciudadania No. 25733126*

*Cursó y aprobó la acción de Formación*

# HIGIENE Y MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

*con una duración de 20 horas*

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Santa Rosa De Cabal, a los veintitres (23) dias del mes de agosto de dos mil diecinueve (2019)*

Firmado Digitalmente por
GERMAN ANDRES SANCHEZ SANCHEZ
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

GERMAN ANDRES SANCHEZ SANCHEZ
Subdirector (E)
CENTRO ATENCION SECTOR AGROPECUARIO
REGIONAL RISARALDA

**62526785 - 23/08/2019**
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9121001967858CC25733126C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

***Hace constar que***

**RUBY ALBA CALAMBAS CUCHILLO**

*Con Cedula de Ciudadania No. 25733126*

*Cursó y aprobó la acción de Formación*

## CUIDADOS BASICOS A PERSONAS MAYORES

*con una duración de 48 horas*

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Pereira, a los veintiseis (26) dias del mes de agosto de dos mil diecinueve (2019)*

Firmado Digitalmente por
LILIANA LOPEZ LOPEZ
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

LILIANA LOPEZ LOPEZ
Subdirectora (E)
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS
REGIONAL RISARALDA

**61853925 - 26/08/2019**
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9308001948444CC25733126C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

***Hace constar que***

## RUBY ALBA CALAMBAS CUCHILLO

*Con Cedula de Ciudadania No. 25733126*

*Cursó y aprobó la acción de Formación*

**OMI 1.14 PRIMEROS AUXILIOS SANITARIOS (CUADRO A- VI/4-1) STCW/78 ENMENDADO.IMO 1.14 MEDICAL FIRST AID**

*con una duración de 30 horas*

*En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Santa Rosa De Cabal. a los doce (12) días del mes de noviembre de dos mil diecinueve (2019)*

Firmado Digitalmente por



GERMAN ANDRES SANCHEZ SANCHEZ
Subdirector (E)
CENTRO ATENCION SECTOR AGROPECUARIO
REGIONAL RISARALDA

**63491730 - 12/11/2019**
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9121001994053CC25733126C.

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto: 01 Inscripción

4. Número de formulario: 14717599715

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 2 5 7 3 3 1 2 6 | 6 | Impuestos y Aduanas de Pereira | 1 6 |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 2 5 7 3 3 1 2 6 | 1 9 9 6 0 4 0 1 |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Cauca 1 9 | Timbío 8 2 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| CALAMBAS | CUCHILLO | RUBY | ALBA |

35. Razón social

36. Nombre comercial | 37. Sigla

**US**

| 38. País | 39. Departamento | |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Risaralda | 6 8 2 |

41. Dirección principal: CR 14 28 50

42. Correo electrónico: cbabal@yahoo.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| 6 6 1 0 2 0 | 3 2 3 4 5 2 2 7 6 0 | |

Copiar selección

Seleccionar todo

## CLASIFICACIÓN

| Actividad económica | | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|
| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | |
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 0 0 1 0 | 2 0 0 0 0 1 0 1 | | | | | | | |

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

53. Código: 2 0

20- Obtención NIT

| Obligados aduaneros | Exportadores |
|---|---|
| 54. Código (1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 / 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20) | 55. Forma | 56. Tipo | Servicio 1 2 3 | 57. Modo | 58. CPC |

**IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación**

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [X] NO [ ] | 60. No. de Folios: 3 | 61. Fecha: 2020 - 10 - 18 / 17 : 58: 34

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre: CALAMBAS CUCHILLO RUBY ALBA
985. Cargo: Contribuyente

Fecha generación documento PDF: 18-10-2020 05:58:38PM

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Fundación
Betsabé Arbeláez

Santa Rosa de Cabal, Febrero de 2025

**LA FUNDACION CENTRO DE BIENESTAR Y VIDA**
**BETSABE ARBELAEZ**

**HACE CONSTAR**

Que la señora **RUBY ALBA CALAMBAS CUCHILLO**, identificada con cédula de ciudadanía No. 25.733.126, labora en esta Institución desde el 01 de mayo de 2018 como Manipuladora de Alimentos, con contrato a término fijo y devengando el salario mínimo legal mensual vigente. Es una persona responsable y eficiente en el desempeño de sus labores.

La certificación se expide a solicitud del interesado con el fin de dar cumplimiento al perfil del cargo.

Para constancia se firma en Santa Rosa de Cabal a los 13 días del mes de febrero de 2025.

Regina Rojas

**REGINA ROJAS**
Directora Ejecutiva

Fundación
Betsabé Arbeláez

Santa Rosa de Cabal, Febrero de 2025

**CARTA DE COMPROMISO SOBRE EL PERSONAL OFERTADO**

ASUNTO: CARTA DE COMPROMISO CON LA UNION TEMPORAL NUEVA ESPERANZA SANTA ROSA

OLGA LILIANA ARAGON OCAMPO identificada como aparece al pie de mi firma, manifiesto mediante la presente que me comprometo a desempeñar el cargo de MANIPULADORA DE ALIMENTOS para la UNION TEMPORAL NUEVA ESPERANZA SANTA ROSA (sede Fundación centro de bienestar y vida Betsabé Arbeláez) con una dedicación del 100% en caso de resultar adjudicataria del proceso de la referencia.

**OLGA LILIANA ARAGON OCAMPO**
C.C. 24.743.246 de

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 |
|---|---|---|
| ARAGON | OCAMPO | OLGA LILIANA |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 24743246

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 10 MES 09 AÑO 1984

PAÍS: Colombia

DEPTO: Caldas

MUNICIPIO: Marmato

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Calle 33A 12 15 Barrio Manantial I

PAÍS: Colombia DEPTO: Risaralda

MUNICIPIO: Santa Rosa de Cabal

TELÉFONO: +573145083324 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 | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | X |

TÍTULO OBTENIDO: BACHILLER ACADEMICO

FECHA DE GRADO: MES 12 AÑO 2000

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TC | 1 | X | | ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR | 08 | 2023 | |
| TC | 1 | X | | COCINA COLOMBIANA | 12 | 2021 | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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 |
|---|---|---|---|
| FUNDACION CENTRO DE BIENESTAR Y VIDA BETSABE ARBELAEZ | | X | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Risaralda | Santa Rosa de Cabal | cbabal@yahoo.com |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3107953712 / 3657705 | DÍA 01 MES 06 AÑO 2024 | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Manipuladora de Alimentos | Asistencial | Carrera 14 28 50 SRC |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| INDEPENDIENTE | | X | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Risaralda | Santa Rosa de C | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| +573145083324 | DÍA 01 MES 01 AÑO 2014 | DÍA 31 MES 05 AÑO 2024 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Oficios Varios | | |

**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* | | 09 |
| *TRABAJADOR INDEPENDIENTE* | 10 | 05 |
| ***TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA*** | 11 | 02 |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO (X) ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E 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* Santa Rosa de Cabal, Febrero 26 de 2025

Olga Liliana Aragón

*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 **24.743.246**

**ARAGON OCAMPO**
APELLIDOS

**OLGA LILIANA**
NOMBRES



Olga Liliana Aragón
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-SEP-1984**
**MARMATO**
**(CALDAS)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.59** ESTATURA | **B+** G.S. RH | **F** SEXO

**23-ABR-2003 MARMATO**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-0905800-35116821-F-0024743246-20030826 **00168** 03238M 02 123903533

GOBERNACIÓN DE RISARALDA
DIRECCIÓN OPERATIVA
DE SALUD PÚBLICA

PROGRAMA FACTORES DE RIESGO DEL CONSUMO

CARNÉ DE MANIPULADOR DE ALIMENTOS



Nº SS066- 682 40588

NOMBRE: Olga Liliana Aragon Ocampo

IDENTIFICACIÓN: 24743246.

AUTORIZA

RISARALDA

*El presente carnet certifica que el titular ha recibido capacitación y entrenamiento supervisado por la Secretaría de Salud del Departamento cumpliendo las normas vigentes en materia de Salud Pública sobre manipulación de alimentos.*

*Válido Hasta el* Enero 30 de 20 26

Dra. Laura Fernanda Morales Ariza

Médica y Cirujana UTP
Especialista en Terapéuticas Alternativas
y Farmacología Vegetal FUJNC

@Dralaurafdamorale
@Dralaurafdamorale
medicoluzdevida
3196725327

# CERTIFICADO DE MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

Se certifica paciente en buenas condiciones generales, con paraclínicos anormales, con presencia de moderada reacción leucocitaria, bacilos cortos gram positivos +++, en frotis de garganta, quistes de E. histolitica +, Blastocistis hominis +, trofozoítos escasos de E. histolitica, en coprológico, se sugiere consulta médica para tratamiento y nueva toma de paraclínicos, por el momento se entrega *CERTIFICADO PROVISIONAL DE MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS, VÁLIDO POR UN MES.*

Dra. Laura Fernanda Morales Ariza
Médica y Cirujana UTP
Especialista en Terapéuticas Alternativas
y Farmacología Vegetal FUJNC
R.M: 38.966.619 - C.C. 33.966.619

Cra. 12 N° 14-36 – Santa Rosa de Cabal, Risaralda, Colombia consultorioluzdevida@gmail.com

esca pereira

# La Escuela de Salud Colombo Americana – ESCA PEREIRA

Con licencia de funcionamiento 0096 del 29 de julio de 2003, actualizada mediante Resolución No. 5287 de mayo 28 de 2018, Acuerdo N° [illegible] diciembre 28 de 2017 Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud, Ministerio Salud y de la Protección Social de Colomb

Certifica que:

## OLGA LILIANA ARAGON OCAMPO

**Identificado con Cédula de C.C. No. 24.743.246 de Marmato , cursó y aprobó la CertificaciónVirtual en "ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR CON ENFOQUE EN LA PERSONA" dictado en Pereira, con una intensidad de CIENTOVEINTE (120) horas.**

MARÍA LUCÍA RODRIGUEZ VELÁSQUEZ
DIRECTOR GENERAL

Pereira, 24/08/2023

Fundación
Betsabé Arbeláez

Santa Rosa de Cabal, Febrero de 2025

**LA FUNDACION CENTRO DE BIENESTAR Y VIDA**
**BETSABE ARBELAEZ**

**HACE CONSTAR**

Que la señora OLGA LILIANA ARAGON OCAMPO, identificada con cédula de ciudadanía No. 24.743.246, labora en esta Institución desde el 01 de junio de 2024 como Manipuladora de Alimentos, con contrato a término fijo y devengando el salario mínimo legal mensual vigente. Es una persona responsable y eficiente en el desempeño de sus labores.

La certificación se expide a solicitud del interesado con el fin de dar cumplimiento al perfil del cargo.

Para constancia se firma en Santa Rosa de Cabal a los 13 días del mes de febrero de 2025.

Regina Rojas
**REGINA ROJAS**
Directora Ejecutiva