FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
Henao	Gallego	Leidy Tatiana

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	*GENERO*	*NACIONALIDAD*	*PAÍS*
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No 1055834028	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 13 MES 07 AÑO 1991

PAÍS COLOMBIA

DEPTO CALDAS

MUNICIPIO AGUADAS

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 6N 5 10 PISO 2 CENTRO

PAÍS COLOMBIA DEPTO CALDAS

MUNICIPIO AGUADAS

TELÉFONO 3217771998 EMAIL lei.tatis@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*	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2008
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO*		*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN*		*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
		SI	*NO*		*MES*	*AÑO*	
PREGRADO	10	X		PSICOLOGIA	06	2020	227366

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

4 IDIOMAS

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* AGUADAS						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2023	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1069/2009 PSICOLOGA	*DEPENDENCIA* ARA DE SALUD PUBLICA						*DIRECCIÓN* CARRERA 3 null null					
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* AGUADAS						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8514740	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	2022	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PIC SALUD MENTAL						*DIRECCIÓN* CARRERA 3 null null ENTRE CALLES 16 Y 17					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* AGUADAS						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8514740	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2022	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PIC SALUD MENTAL						*DIRECCIÓN* CARRERA 3 null null ENTRE CALLES 16 Y 17					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* AGUADAS						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8514740	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	01	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR	*DEPENDENCIA* AREA DE ODONTOLOGIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 3 null null ENTRE CALLES 16 Y 17					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* AGUADAS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8514740	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	11	*Año* 2021	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PIC SALUD MENTAL					*DIRECCIÓN* CARRERA 3 null null ENTRE CALLES 16 Y 17						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* AGUADAS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8514740	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	08	*Año* 2021	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PIC SALUD MENTAL					*DIRECCIÓN* CARRERA 3 null null ENTRE CALLES 16 Y 17						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* AGUADAS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8514340	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	05	*Año* 2021	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PIC SALUD MENTAL					*DIRECCIÓN* Carrera 3 entre calles 16 y 17						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* AGUADAS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8514740	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	01	*Año* 2021	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR	*DEPENDENCIA* AREA DE ODONTOLOGIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 3 null null ENTRE CALLES 16 Y 17						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* AGUADAS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8514740	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	11	*Año* 2020	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR	*DEPENDENCIA* AREA DE ODONTOLOGIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 3 null null ENTRE CALLES 16 Y 17						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* AGUADAS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8514740	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	08	*Año* 2020	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR	*DEPENDENCIA* AREA DE ODONTOLOGIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 3 null null ENTRE CALLES 16 Y 17						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* AGUADAS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8514740	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	05	*Año* 2020	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR	*DEPENDENCIA* AREA DE ODONTOLOGIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 3 null null ENTRE CALLES 16 Y 17						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* AGUADAS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8514740	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	01	*Año* 2020	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR	*DEPENDENCIA* AREA DE ODONTOLOGIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 3 null null ENTRE CALLES 16 Y 17						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* AGUADAS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8514740	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	05	*Año* 2019	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR	*DEPENDENCIA* AREA DE ODONTOLOGIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 3 null null ENTRE CALLES 16 Y 17						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* AGUADAS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8514740	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	01	*Año* 2019	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR	*DEPENDENCIA* AREA DE ODONTOLOGIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 3 null null ENTRE CALLES 16 Y 17						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* AGUADAS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8514740	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	2018	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR	*DEPENDENCIA* AREA DE ODONTOLOGIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 3 null null ENTRE CALLES 16 Y 17					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* AGUADAS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8514740	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2018	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR	*DEPENDENCIA* AREA DE ODONTOLOGIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 3 null null ENTRE CALLES 16 Y 17					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* AGUADAS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8514740	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	2017	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR	*DEPENDENCIA* AREA DE ODONTOLOGIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 3 null null ENTRE CALLES 16 Y 17					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* AGUADAS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8514740	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2017	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR	*DEPENDENCIA* AREA DE ODONTOLOGIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 3 null null ENTRE CALLES 16 Y 17					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* AGUADAS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8514740	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	2016	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR	*DEPENDENCIA* AREA DE ODONTOLOGIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 3 null null ENTRE CALLES 16 Y 17					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* AGUADAS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8514740	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	01	*Año* 2016	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2016	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR	*DEPENDENCIA* AREA DE ODONTOLOGIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 3 null null ENTRE CALLES 16 Y 17						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* AGUADAS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8514740	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	07	*Año* 2015	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2015	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR	*DEPENDENCIA* AREA DE ODONTOLOGIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 3 null null ENTRE CALLES 16 Y 17						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* AGUADAS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8514740	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	07	*Año* 2014	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2014	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR	*DEPENDENCIA* AREA DE ODONTOLOGIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 3 null null ENTRE CALLES 16 Y 17						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* AGUADAS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8514740	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	01	*Año* 2014	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2014	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR	*DEPENDENCIA* AREA DE ODONTOLOGIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 3 null null ENTRE CALLES 16 Y 17						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* AGUADAS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8514740	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	06	*Año* 2013	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2013	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR	*DEPENDENCIA* AREA DE ODONTOLOGIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 3 null null ENTRE CALLES 16 Y 17						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	9	1
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	3	7
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Aguadas, Caldas \ 28 de marzo de 2025

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Función Pública

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

Tipo de declaración	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2025-04-01 11:55

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
LEIDY	TATIANA	HENAO	GALLEGO

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1055834028

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	CALDAS	Municipio	AGUADAS

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	CALDAS	Municipio	AGUADAS

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	CALDAS	Municipio	AGUADAS

Dirección	["Carrera 3 entre calles 16 y 17"]

Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2024 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$24.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$24.000.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$0,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
CASA	COLOMBIA	CALDAS	AGUADAS	$50.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.055.834.028

HENAO GALLEGO

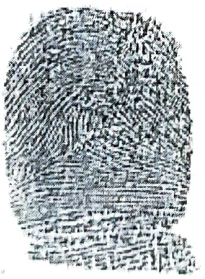
APELLIDOS

LEIDY TATIANA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 13-JUL-1991

AGUADAS
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

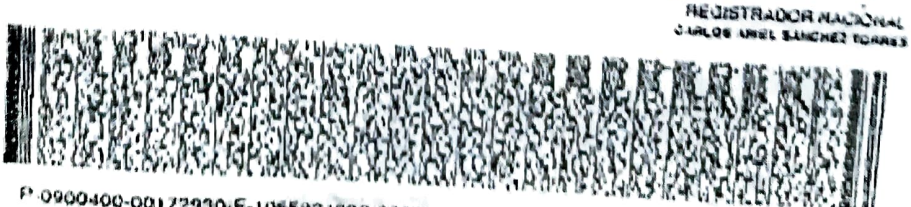
1.64
ESTATURA

A+
G S RH

F
SEXO

14-JUL-2009 AGUADAS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-0900400-00172930-F-1055834028-20090828 0015421659A 1 30699612

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14770660124

(415)7707212489984(8020) 000001477066012 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 5 5 8 3 4 0 2 8	6	Impuestos y Aduanas de Manizales 1 0	

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 5 5 8 3 4 0 2 8	2 0 0 9 0 7 1 4

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Caldas 1 7	Aguadas 0 1 3

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
HENAO	GALLEGO	LEIDY	TATIANA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Caldas 1 7	Aguadas 0 1 3

41. Dirección principal: CR 6 5 10 AP 1

42. Correo electrónico: lei.tatis@hotmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 2	51. Código	52. Número establecimientos
7 2 2 0	2 0 2 1 0 4 0 1				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																									

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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 5 61. Fecha 2021 - 07 - 07 / 12 : 58: 33

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 LOAIZA LOAIZA ALEXANDER
985. Cargo Gestor I

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

Universidad Nacional Abierta y a Distancia

La Universidad Nacional Abierta y a Distancia - UNAD

Ley 52 de 1981, Ley 396 de 1997 y Decreto 2770 de 2006

Teniendo en cuenta que

LEIDY TATIANA HENAO GALLEGO

Cédula de Ciudadanía Nº. 1055834028 de Aguadas

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

PSICÓLOGA

.DIGITAL.AUTÉNTICA.
.COPIA.

Dado en Bogotá D.C., el día 27 de Marzo de 2021

Rector

Decana

Secretaria General

Acta de Grado Nº 811
Fecha 27 de Marzo de 2021
Registro de Diploma 111717
Libro 23, Folio 52

Registro M.E.N. 3274

Código de Seguridad: 2102-AA-053236

Código Seguro de Verificación: K23pdmU12VStkoOLA

Universidad Nacional Abierta y a Distancia

Ministerio de Educación Nacional

ACTA DE GRADO No. 811

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES, ARTES Y HUMANIDADES

En ceremonia realizada el día 27 de Marzo de 2021 en la ciudad de Pereira y presidida por la Doctora Inés del Carmen Guerrero Guzmán, Directora del CENTRO DOSQUEBRADAS, previa delegación de la Rectoría, una vez tomado el juramento reglamentario, confirió el título de:

PSICÓLOGA

REGISTRO ICFES - M.E.N. 3274

A:

LEIDY TATIANA HENAO GALLEGO

Identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1055834028 de Aguadas, quien cumplió satisfactoriamente con los requisitos exigidos en los Reglamentos y Normas Legales, habiendo aprobado el trabajo de grado titulado:

OPCIÓN DE GRADO: DIPLOMADO DE PROFUNDIZACIÓN PARA GRADO EN ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL EN ESCENARIOS DE VIOLENCIA: LA IMAGEN Y LA NARRATIVA COMO HERRAMIENTAS PARA EL ABORDAJE PSICOSOCIAL EN ESCENARIOS DE VIOLENCIA. MUNICIPIO DE DOSQUEBRADAS- RISARALDA

Y le otorgó el diploma que lo acredita como tal.

En fe de lo anterior se firma la presente Acta de Grado, en Bogotá D.C., a los 27 días del mes de Marzo de 2021.

Anotado en el libro de actas No. 26
Registro de Diploma 111717, Libro 23, Folio 52

COPIA DIGITAL AUTÉNTICA

Universidad Nacional Abierta y a Distancia

Decana

Secretaria General

Código Seguro de Verificación: ByrnMgZxC9RQ2dH3

Esta Tarjeta Profesional es personal e intransferible y acredita a su portador como PSICÓLOGO de conformidad con los Artículos 5, 7 y 12 de la Ley 1090 de 2006 y es requisito legal para el ejercicio profesional en Colombia.

GLORIA AMPARO VÉLEZ
Presidente del Consejo Directivo

www.colpsic.org.co

COLEGIO COLOMBIANO DE PSICÓLOGOS



TARJETA PROFESIONAL
DE PSICÓLOGA

No 227366

Fecha de expedición: 08/04/2021

LEIDY TATIANA HENAO GALLEGO

Cédula de Ciudadania
1055834028

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

SISPRO - Aplicativos Misionales

Menú

Iniciar Sesión Registrarse

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

1055834028

Primer Nombre

Primer Apellido

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

8573

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2025-04-01→2:25:15 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	D
CC	1055834028	HENAO	GALLEGO	LEIDY	TATIANA	Vigente	V

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) HENAO GALLEGO LEIDY TATIANA identificado(a) con CC 1055834028 registra La siguiente información:

2025-04-01→2:25:15 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	PSICOLOGIA	2023-12-28	55797	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
AUX	Local	AUXILIAR EN SALUD ORAL	2011-03-23	71224	DIRECCION TERRITORIAL SALUD DE

CALDAS

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

SISPRO

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

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

Contacto

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

Términos y condiciones

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

LEIDY TATIANA HENAO GALLEGO

Con Cédula de Ciudadanía No. 1055834028

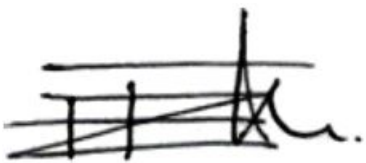
Cursó y aprobó la acción de Formación

ATENCION INTEGRAL EN SALUD CON ENFOQUE PSICOSOCIAL A VICTIMAS DE CONFLICTO ARMADO

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Manizales. a los dieciseis (16) dias del mes de septiembre de dos mil veinticuatro (2024)

Firmado Digitalmente por



FERNANDO ARCINIEGAS CORDOBA
Subdirector (E)
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS
REGIONAL CALDAS

100600364 - 16/09/2024
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 9306003050599CC1055834028C.

Aguadas, 01 de abril de 2025

PROFESIONAL UNIVERSITARIA AREA ADMINISTRATIVA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS, CALDAS

CERTIFICA:

Que la doctora **LEIDY TATIANA HENAO GALLEGO,** identificada con c.c. No. 1.055.834.028 expedida en Aguadas, presta sus servicios profesionales como Psicóloga ejecutora del PIC, en este Hospital, desde marzo de 2021 hasta la fecha que continua en ejercicio de sus funciones.

La profesional en mención está vinculada a través de Contrato de Prestación de Servicios.

LUZ ADIELA SERNA ARIAS
Profesional Universitaria

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: e3b5ad42-f451-4cab-83ee-5d8726592a41

Nombres y apellidos / Full name: **LEIDY TATIANA HENAO GALLEGO**

Tipo de identificación / ID Type: **CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Número de identificación / ID Number: **1055834028**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **13/07/1991**

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3207303866**

Correo electrónico / e-mail:

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Edad / Age	Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
			Dia / Day	Mes / Month	Año / Year				
12 meses	Fiebre amarilla	Única	11	5	2013		119VFC035Z	AGUADAS ESE HOSPITAL SAN JOSE	
Sin rango de edad	INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	10	6	2020		V50220001	AGUADAS ESE HOSPITAL SAN JOSE	MARIA BELEN MARTINEZ CASTAÑO
Sin rango de edad	COVID SinoVac	Primera	5	3	2021		A2021010044	AGUADAS ESE HOSPITAL SAN JOSE	ALBA LUCIA ALBELAEZ AGUDELO
Sin rango de edad	COVID SinoVac	Segunda	3	4	2021		E202102012	AGUADAS ESE HOSPITAL SAN JOSE	MARIA CIELO GALVIS OSORIO
Sin rango de edad	COVID MODERNA	Primer Refuerzo	2	12	2021	MODERNA SWITZERLAND GMBH	940875	HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS ESE	BEATRIZ ELENA MARTINEZ LONDOÑO
Sin rango de edad	Hepatitis B Adultos	Primera	5	9	2024	Serum	0343Q005A	HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS ESE	ALBA LUCIA ARBELAEZ AGUDELO
Sin rango de edad	Hepatitis B Adultos	Segunda	9	10	2024	Serum	0343Q005A	HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS ESE	ALBA LUCIA ARBELAEZ AGUDELO

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedu-le as it is described here.

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

CONSTANCIA DE PAGO

Período Pensión: 2025-04
Período Salud : 2025-04

Se certifica que en la fecha 2025-04-02 el aportante y/o empresa HENAO GALLEGO LEIDY TATIANA con documento de identificación CC 1055834028 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social correspondientes al cotizante HENAO GALLEGO LEIDY TATIANA identificado con CC-1055834028, dirigido a las siguientes entidades administradoras:

Datos Aportante	
Identificación	Razón Social
CC-1055834028	HENAO GALLEGO LEIDY TATIANA

Datos Planilla			
Número Planilla	Tipo Planilla	Fecha de Pago	Tarifa Riesgos Laborales
8635514843	I	2025-04-02	0,02436

Datos Administradoras

Tipo	NIT	Código	Nombre	Dias
AFP	800224808	230301	PORVENIR	30
EPS	900156264	EPS037	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.	30
ARL	800226175	14-25	RIESGOS PROFESIONALES COLMENA S.A COMPANIA DE SEGUROS DE VIDA	30

PAGADO

DR. JULIO CÉSAR FLÓREZ PÉREZ
Médico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
LSST Resolución No. 2020060116321

Cra 3 # 13-02, Aguadas - Caldas
Teléfono : 312 894 5397
juliocesarflorezp@gmail.com

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

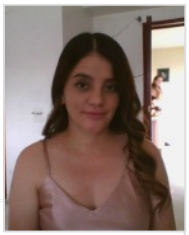
Fecha Emisión	Realizado en	Tipo Evaluación - Énfasis	Orden Servicio No.
2024-02-16	AGUADAS (Caldas)	Pre-Ingreso, Osteomuscular	**1046308**

Nombres y Apellidos	Identificación	Sexo
Leidy Tatiana Henao Gallego	CC 1055834028	Femenino

Fecha Nacimiento	Edad	Tipo Sangre - Rh *	Peso	Talla	Índice Masa Corporal
1991-07-13	32 años	A+	69 kilogramos	165 centimetros	25.34

Dirección Residencia	Teléfonos
Cll 4 # 4 41	3217771998

Cargo a desempeñar	Empresa	Empresa Usuaria
PSICOLOGA	Persona Natural	Persona Natural



(*) Valor registrado según documento de identidad suministrado por el usuario

Certificado emitido de acuerdo con la Evaluación Médica Ocupacional realizada el 2024-02-16. Para emitir el concepto médico ocupacional se analizaron los siguientes exámenes complementarios:

Exámenes complementarios no realizados.

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Pre-Ingreso: Condiciones de salud acordes con los requerimientos del perfil del cargo.
Osteomuscular: Sin patología osteomuscular aparente

Restricciones Médicas: Sin Restricciones

RECOMENDACIONES PARA EL ÁREA DE SST

- Inducción y capacitación periódica, acordes a las funciones y riesgos del cargo.
- Capacitación sobre hábitos y estilos de vida saludable.
- Capacitación en higiene postural.
- Entregar al trabajador las recomendaciones médicas generadas a partir de la evaluación ocupacional realizada.

Se anexa documento con Recomendaciones Medico Laborales para el trabajador.

Firma Especialista
Julio César Flórez Pérez
Registro No.: 365-15
LSST.: 2020060116321

Firma del Usuario
Leidy Tatiana Henao Gallego
CC.: 1055834028

Valide este documento en:
`https://simeonips.com/validar/cmo/j82lkdze-9d0r-f22m-gkae-kuvoxw3vrq1m`
Fecha Impresión: 2024-02-16 17:06:48 498224

DR. JULIO CÉSAR FLÓREZ PÉREZ
Médico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
LSST Resolución No. 2020060116321

Cra 3 # 13-02, Aguadas - Caldas
Teléfono : 312 894 5397
juliocesarflorezp@gmail.com

RECOMENDACIONES MÉDICAS

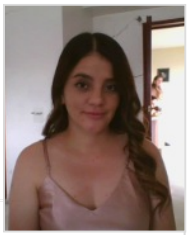
Fecha Emisión	Realizado en	Tipo Evaluación - Énfasis	Orden Servicio No.
2024-02-16	AGUADAS (Caldas)	Pre-Ingreso, Osteomuscular	**1046308**

Nombres y Apellidos	Identificación	Sexo
Leidy Tatiana Henao Gallego	CC 1055834028	Femenino

Fecha Nacimiento	Edad	Tipo Sangre - Rh *	Peso	Talla	Índice Masa Corporal
1991-07-13	32 años	A+	69 kilogramos	165 centimetros	25.34

EPS	ARL	AFP
Nueva EPS	- No Recuerda -	Porvenir

Cargo a desempeñar	Empresa	Empresa Usuaria
PSICOLOGA	Persona Natural	Persona Natural



(*) Valor registrado según documento de identidad suministrado por el usuario

Como resultado de la Evaluación Médica Ocupacional, realizada el día 2024-02-16, el médico especialista Julio César Flórez Pérez generó las siguientes recomendaciones médicas:

RECOMENDACIONES PARA MEJORAR HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA

- Beber al menos 8 vasos de agua al día.
- Incorporar a la dieta diaria, alimentos de todos los grupos.
- Realizar ejercicio, mínimo 3 veces a la semana.
- Procurar una adecuada higiene del sueño.
- Lavar las manos frecuentemente usando agua y jabón y frotando de 20 a 30 segundos.

RECOMENDACIONES MÉDICAS

- Control visual anual.
- Usar medias de compresión baja.
- Realizar citología anualmente.

RECOMENDACIONES LABORALES DEL USUARIO

- Reportar oportunamente todo incidente o accidente relacionado con el trabajo.
- Cumplir con las normas de Seguridad y Salud en el trabajo establecidas por la empresa.
- Utilizar los EPI (Elementos de Protección Individual) otorgados por la empresa.
- Higiente Postural.
- Participar en el programa de pausas activas definido por la empresa.

La empresa **Persona Natural** hace entrega de las recomendaciones médicas antes mencionadas y agradece el cumplimiento de las mismas para lograr el cuidado integral de su salud.

Si el médico tratante le entregó alguna remisión a especialista, por favor, gestione la cita con su EPS. La empresa realizará seguimiento a este proceso cuando aplique, de acuerdo con lo definido en el SG-SST (Sistema de Gestión y Seguridad en el Trabajo).

Responsable SG-SST
Persona Natural

Firma del Usuario
Leidy Tatiana Henao Gallego
CC.: 1055834028
Fecha de recibido:

CONOCIMIENTO DEL CLIENTE DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS
PERSONA NATURAL O JURÍDICA
(ANEXO MANUAL SARLAFT)

Persona Natural: x Persona Jurídica: _

Información empresa
Razón social: hospital san José de aguadas NIT: 890.801.035-4
Dirección: carrera 3 entre calles 16 y 17 Teléfono: 8514340

Información representante legal y personas naturales

Nombre completo: Leidy Tatiana Henao Galleog_____ Identificación: 1055834028_____
Dirección: Cr 6 5-10_____ Teléfono: 3217771998___
Lugar y fecha de nacimiento: 13/07/2024_____
Ocupación u oficio: Psicóloga_____
_____
Caracterización PEP (Personas expuestas políticamente): SI ___NO x

¿Realiza operaciones internacionales?: SI ___NO x
¿Cuáles?
_____
_____
_____

DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS

Yo, _____identificado con el documento de identidad No. _____, expedido en _____, obrando en nombre propio y/o representación legal de _____con NIT _____, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración en cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa No.009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y demás normas legales concordantes.

1. Los recursos que manejo o mis recursos propios provienen de las siguientes fuentes (Detalle de la ocupación, oficio, Profesión, actividad, negocio, etc.) – No colocar genéricos como por ejemplo: comerciante).

_____
_____
_____

2. Si posee ingresos adicionales, especifique:

_____
_____
_____



ro que estos recursos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.

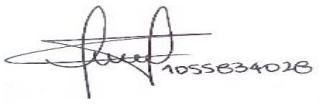
lmitiré que terceros efectúen depósitos a nombre mío, con fondos provenientes de tividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma modifique o adicione, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.

5. Autorizo a saldar las obligaciones o depósitos con esta institución, en el caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este documento eximiendo a la E.S.E. HOSPITAL SAN JOSÉ DE AGUADAS CALDAS de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento o de la violación del mismo.

6. Autorizo a la E.S.E. HOSPITAL SAN JOSÉ DE AGUADAS CALDAS que de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada, permita a los procesos y personas relacionadas con el Sistema de Administración del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo al interior de la institución, recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, dar tratamiento, actualizar y disponer de los datos que han sido suministrados y que se han incorporado en distintas bases o bancos de datos con que cuenta la institución. Esta información es, y será utilizada en el desarrollo de las funciones propias de información, supervisión y control, de forma directa o a través de terceros.
   Por lo anterior en los términos dispuestos por el artículo 10 del decreto 1377 de 2013 autorizo de manera expresa e inequívoca a la institución para mantener y manejar la información conforme a lo previsto en el presente documento.

7. Autorizo de manera irrevocable a la E.S.E. HOSPITAL SAN JOSÉ DE AGUADAS CALDAS, para que con fines de control, supervisión y de información, consulte en las listas restrictivas vinculantes para Colombia y a cualquier otra Entidad que maneje banco de datos de información de lavado de activos y financiación del terrorismo, y así mismo se realicen los reportes respectivos a la unidad de información y análisis financiero en el marco de la normatividad legal vigente.

En constancia de haber leído y acatado lo anterior firmo el presente documento a los 28 días del mes de marzo del año 2025 en la ciudad de aguadas



FIRMA DEL CLIENTE

Leidy Tatiana Henao

NOMBRE

1055834028

C.C / NIT



Huella Índice Derecho



E.S.E. - HOSPITAL SAN JOSE
HSJ
AGUADAS - CALDAS

POLÍTICA DE PROTECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES FORMATO DE COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Yo, Leidy Tatiana Henao Gallego ___ identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1055834028 , dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto total compromiso de garantizar la confidencialidad de los datos personales a los cuales pueda tener acceso de forma directa o indirecta durante la realización de mis actividades. Los datos personales a los cuales pueda tener acceso virtud de la ejecución de mis obligaciones o actividades contractuales, serán conservados con especial cuidado, de conformidad con los parámetros establecidos en la Ley 1266 de 2008 y sus modificaciones; en los artículos 269F y 269G de la Ley 1273 de 2009, en la Ley 1581 de 2012, en lo reglamentado en el Decreto 1377 de 2013, el Decreto 1074 de 2015 y lo contemplado en la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales adoptada por la E.S.E Hospital San José de Aguadas Caldas.

En caso de tener acceso a datos personales para el cumplimiento de mis obligaciones, los utilizaré únicamente para la finalidad para la cual fueron recolectados y aplicaré a cabalidad los principios de veracidad, circulación restringida, seguridad y confidencialidad, evitando que los datos personales sean expuestos a personas no autorizadas.

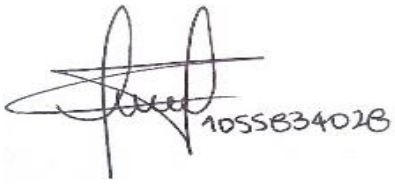
Daré cumplimiento a las Políticas de Protección y Tratamiento de Datos Personales que disponga la E.S.E Hospital San José de Aguadas Caldas, y aplicaré los derechos de los titulares de la información, siendo entre otros: garantizar al Titular, en todo tiempo, el pleno y efectivo ejercicio del derecho de hábeas data; conservar la información bajo las condiciones de seguridad necesarias para impedir su adulteración, pérdida, consulta, uso o acceso no autorizado o fraudulento; realizar oportunamente la actualización, rectificación o supresión de los datos en los términos de la presente ley y tramitar las consultas y los reclamos formulados por los Titulares en los términos señalados en la presente ley.

Comprendo que el empleado, contratista o colaborador bajo cualquier modalidad de vinculación que sin estar facultado para ello, con provecho propio o de un tercero, obtenga, compile, sustraiga, ofrezca, venda, intercambie, envíe, compre, intercepte, divulgue, modifique o emplee códigos personales, datos personales contenidos en documentos, archivos, bases de datos o medios semejantes, podrá ser denunciado por la conducta de violación de datos personales, llegando a constituir una causal de suspensión o terminación del contrato laboral.

De igual forma, entiendo que el empleado, contratista o colaborador bajo cualquier modalidad de vinculación que sin estar facultado para ello, destruya, dañe, borre, deteriore, altere o suprima datos informáticos, o un sistema de tratamiento de información o sus partes o componentes lógicos, podrá ser denunciado penalmente por el delito de daño informático.

Entiendo y acepto, que el incumplimiento del presente compromiso puede generar la imposición de multas y sanciones de carácter personal e institucional por parte de la Superintendencia de Industria y Comercio.

En constancia de lo anterior, suscribo este **COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD** a los (28) días del mes de Marzo de 2024.



Firma

1055834028

Documento de Identidad No.

Por la cual se dictan las disposiciones generales del hábeas data y se regula el manejo de la información contenida en bases de datos personales, en especial la financiera, crediticia, comercial, de servicios y la proveniente de terceros países y se dictan otras disposiciones. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1266_2008.html.

Por medio de la cual se modifica el Código Penal, se crea un nuevo bien jurídico tutelado - denominado "de la protección de la información y de los datos"- y se preservan integralmente los sistemas que utilicen las tecnologías de la información y las comunicaciones, entre otras disposiciones. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1273_2009.html.

Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1581_2012.html.

Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Comercio, Industria y Turismo. http://wp.presidencia.gov.co/sitios/normativa/decretos/2015/Decretos2015/DECRETO%201074%20DEL%2026%20DE%20MAYO%20DE%202015.pdf

CONSENTIMIENTO PARA CONSULTA DE HISTORIA LABORAL Y/O EXPEDIENTE CONTRACTUAL

Aguadas,

Doctor
NORBERTO LUIS SEPULVEDA ANDRADE
Gerente, ESE Hospital San José De Aguadas

ASUNTO: AUTORIZACIÓN CONSULTA DE HISTORIA LABORAL Y/O EXPEDIENTE CONTRACTUAL.

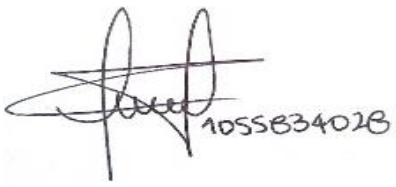
Autorizo en forma expresa a la ESE Hospital San José De Aguadas, entidad en la cual presto servicios como empleado __ contratista __ para que pueda consultar mi historia laboral __ expediente contractual __, respectivamente, con fines administrativos necesarios para la gestión y para atender requerimientos judiciales, solicitudes de entidades de seguridad social, organismos de inspección y control para efectos de verificación de requisitos de habilitación y acreditación, entre otros.

Dicha autorización se extiende en el tiempo y no tiene límite de caducidad. El tratamiento de mis datos personales debe responder con lo contemplado en la Ley estatutaria 1581 del 17 de octubre de 2012, por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales.

Cordialmente,

Leidy Tatiana Henao Gallego

_____
Nombre



_____
Firma

1055834028

_____
Nº. Identificación

LA SUSCRITA PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE LA ESE HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS E.S.E.

CERTIFICA

Que con el fin de comprobar la capacidad de contratación **LEIDY TATIANA HENAO GALLEGO,** identificado con la cédula de ciudadanía número N° **1.055.834.028 Aguadas Caldas,** para suscribir contratos con el Hospital San José ESE, de Aguadas, se verificó la ausencia de causales de inhabilidad, incompatibilidad y prohibiciones establecidas en la Constitución, la normatividad vigente y la ley de contratación pública, a través de la consulta en las páginas de la Policía Nacional, La Procuraduría General de la Nación y la Contraloría General de la República, autoridades que certificaron que a la fecha **LEIDY TATIANA HENAO GALLEGO,** no registra antecedentes penales, disciplinarios o fiscales y en consecuencia, se encuentra habilitada para contratar con la entidad.

Para constancia se firma en Aguadas Caldas el a los Treinta (30) días del mes de Marzo de 2025

LUZ ADIELA SERNA ARIAS
Profesional Universitario