REPUBLICA DE COLOMBIA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO O DE CASADA	NOMBRES
CARDENAS	**AGUIRRE**	**CLAUDIA CECILIA**

C.C. ◯ **C.E.** ◯ **PAS** ◯ 30,330,734 — SEXO: **F** **M** **X** — NACIONALIDAD / PAÍS: **COLOMBIANO**

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ◯ SEGUNDA CLASE **X** — N° — D.M.: 1

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 0 2 MES 0 3 AÑO 7 4

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: CALDAS

MUNICIPIC: AGUADAS

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: CRA 3 #15-07 Olivares

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: CALDAS

MUNICIPIO: AGUADAS

TELÉFONO: 3206909862 EMAIL: clauditacar1@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA										
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*	*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10o.	11o.
										X

MES diciembre AÑO 1 9 9 0

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

RELACIONE AL FRENTE EL NUMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

MODALIDAD ACADÉMICA	NO. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
U	13	x		MEDICO Y CIRUJANO	1	1998	15310
ESP	4	x		ESPECIALISTA EN SALUD PUBLICA	6	2009	

ESPECIFIQUE 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
INGLES				**X**			X		
FRANCES									

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)

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	PUBLICA	PRIVADA	PAIS
HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD
CALDAS	AGUADAS	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
8514340-8514740	DIA 1 MES 0 3 AÑO 1998	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

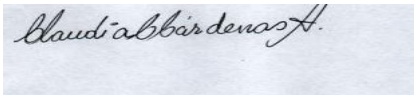
INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PUBLICO	27	1
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	**27**	**1**

5 FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA

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

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



FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO 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.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

FORMULARIO UNICO

DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA PERSONA NATURAL

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, CLAUDIA CECILIA CARDENAS AGUIRRE

IDENTIFICADO CON: C.C. ☑ 1 C.E. ☐ 2 T.I. ☐ 3 N° 30,330,734 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	COLOMBIA	Departamento	CALDAS	Municipio	AGUADAS
Dirección	CRA 3 3 15-07			Teléfonos	3206909862

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
NATALIA ANDREA OCAMPO CARDENAS	1,007,233,566	HIJA
MARIA JULIANA OCAMPO CARDENAS	1,002,546,056	HIJA
LAURA CAMILA OCAMPO CARDENAS	1,055,758,409	HIJA

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	48,000,000
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	-
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	$ 48,000,000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCOLOMBIA	AHORROS	64396038817	AGUADAS	$ 100,000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
según declaracion de renta vigente		

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c)En la actualidad: **SI** ☑ 1 **NO** ☐ 2 tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	N°
RUBEN DARIO OCAMPO ORREGO	C.C. ☑ 1 C.E ☐ 2 T.I ☐ 3	75,045,669

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Claudia Cardenas A

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

30330734 Aguadas 1/04/25

CIUDAD Y FECHA

DAFP-SAP

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **30.330.734**

CARDENAS AGUIRRE
APELLIDOS

CLAUDIA CECILIA
NOMBRES

Claudia C. Cárdenas A.
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-MAR-1974**

AGUADAS
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.67 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **F** SEXO

30-JUL-1992 MANIZALES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0900400-00266397-F-0030330734-20101118 0024875525A 1 33385585

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14309762321

(415)7707212489984(8020) 000001430976232 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 0 3 3 0 7 3 4	2	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	3 0 3 3 0 7 3 4	1 9 9 2 0 7 3 0

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CARDENAS	AGUIRRE	CLAUDIA	CECILIA

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 3 15 07

42. Correo electrónico clauditacar1@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 0 6 9 0 9 8 6 2	

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
8 6 2 1	2 0 1 0 0 3 0 1						2 2 2 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	5																									

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 3 61. Fecha 2014 - 08 - 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 VARGAS FRANCO PAULO ALEJANDRO
985. Cargo Gestor I

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 01-08-2023 10:07:45AM

11

EN NOMBRE DE LA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Y POR AUTORIZACIÓN DEL

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

LA UNIVERSIDAD DE CALDAS

CONFIERE EL TÍTULO DE

Médico y Cirujano

A

Claudia Cecilia Cárdenas Aguirre

C.C. No. 30.330.734 de Manizales

EN TESTIMONIO DE ELLO LE EXPIDE EL PRESENTE TITULO EN MANIZALES EL

30 de Enero de 1998

Y LO REFRENDA CON LAS FIRMAS RESPECTIVAS

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION SECCIONAL
DE SALUD DE CALDAS
Reconózcase este título para todos
los efectos legales
MANIZALES 12-IV-98
RESOLUCION No 15 310

RECTOR DE LA UNIVERSIDAD

SECRETARIO DE LA UNIVERSIDAD

OFICINA DE REGISTRO ACADÉMICO, FOLIO 6/092 DEL LIBRO DE REGISTRO No. 4

00260

12

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

LA UNIVERSIDAD DE CALDAS

ACTA DE GRADO N° 005 SESIÓN DE GRADO N° 001

Facultad de Ciencias para la Salud

Fecha 30.01.98

En ceremonia presidida por el Rector GUIDO ECHEVERRI PIEDRAHITA y el Secretario General ORLANDO GIRALDO GONZALEZ, la UNIVERSIDAD DE CALDAS, en nombre de la República de Colombia y con autorización del Ministerio de Educación Nacional, le confirió el título profesional de **MEDICO Y CIRUJANO**, al exalumno(a) **CLAUDIA CECILIA CARDENAS AGUIRRE** identificado(a) con la Cédula de Ciudadanía N° 30.330.734 de Manizales y Libreta Militar N° del Distrito N° quien acreditó en debida forma el título de bachiller, expedido por el Colegio Liceo Claudia Múnera, Aguadas (Caldas), 1990., cumpliendo así con todos los requisitos legales de conformidad con la Resolución de Decanatura N° 002 de 26.01.98 y previo el juramento prestado, mediante el cual el graduando se comprometió a cumplir fiel y lealmente la Constitución y las Leyes de la República de Colombia y a ejercer los deberes de su profesión con estricta sujeción a la ética.

Para optar al título cumplió con los siguientes requisitos académicos: Internado Rotatorio realizado en el Hospital de Caldas, en Manizales, en el período comprendido entre el 1o. de enero y el 31 de diciembre de 1997.

El Rector hizo entrega del diploma y de las Actas de Grado que lo acreditan y habilitan para el ejercicio de la profesión de MEDICINA Y CIRUGIA. Para su constancia se firma en la ciudad de Manizales a los treinta días del mes de enero de mil novecientos noventa y ocho.

Oficina de Registro Académico, Folio 6/092 del Libro de Registro N° 4

EL RECTOR

EL SECRETARIO GENERAL

THOMAS GREG & SONS

REPÙBLICA DE COLOMBIA
DIRECCION SECCIONAL DE SALUD DE CALDAS

RESOLUCION. № 15310

Por la cual se concede una autorización para el ejercicio profesional.

EL DIRECTOR SECCIONAL DE SALUD DE CALDAS, en cumplimiento al DECRETO N° 1875 DE AGOSTO 03 DE 1994 expedido por el Ministerio de Salud, según facultad otorgada por el Decreto N° 3134 de 1956,

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

Que CLAUDIA CECILIA CARDENAS AGUIRRE, con cédula de ciudadanía número 30.330.734, expedida en Manizales (Caldas), ha solicitado autorización del ejercicio profesional como **MEDICO Y CIRUJANO**, según **TITULO** que le otorgó **LA UNIVERSIDAD DE CALDAS**, Manizales (Caldas) Colombia.

Que dicho **TITULO** se encuentra debidamente registrado en la Universidad de Caldas, Oficina de Registro Académico Folio N° 6/092 del Libro N° 4, Acta de Grado 005 del 30 de enero de 1998.

Que cumplió con el **Servicio Social Obligatorio** en el Hospital San José del Municipio de Aguadas Departamento de Caldas, desde el tres de Marzo de 1998 hasta el dos de marzo de 1999.

R E S U E L V E

ARTICULO UNICO: Autorizar a CLAUDIA CECILIA CARDENAS AGUIRRE, con cédula de ciudadanía número 30.330.734, para ejercer la profesión de **MEDICO Y CIRUJANO** en el territorio nacional.

COMUNÍQUESE Y CUMPLASE

Dada en Manizales a los, 12 ABR 1999

HUMBERTO BEDOYA GONZALEZ
Director.

OTONIEL MONTES RAMIREZ
Jefe Sección Vigilancia y Control de Medicamentos Profesiones e Instituciones (E.).

13

DIRECCION SECCIONAL
DE SALUD DE CALDAS



№ 15310

Registro Nacional: _____

Nombres: CLAUDIA CECILIA

Apellidos: CARDENAS AGUIRRE

C.C. 30.330.734 de Manizales

Profesión: MEDICO Y CIRUJANO

Firma, Claudia Cárdenas A.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES

Con Personería Jurídica reconocida mediante Resolución No. 1549 del 25 de Febrero de 1981, expedida por el Ministerio de Educación Nacional

ACTA DE GRADO No.: 7538
SESIÓN DE GRADO No.: 425
PROGRAMA: ESPECIALIZACIÓN EN SALUD PÚBLICA
FECHA: JUNIO 20 DE 2009

En ceremonia presidida por el Rector de la **UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES** Dr. Gabriel Cadena Gómez y con la presencia del Director Académico Dr. Iván Escobar Escobar, del Decano Dr. Jorge Eduardo Restrepo Peláez, del Secretario General Dr. Lorenzo O. Calderón Jaramillo; la **UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES** en nombre de la República de Colombia y con autorización del Ministerio de Educación Nacional, según Resolución No. 03276 del 25 de Junio de 1993, confirió el título de **ESPECIALISTA EN SALUD PÚBLICA** a **CLAUDIA CECILIA CARDENAS AGUIRRE,** identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 30330734, por haber cumplido con todos los requisitos legales y reglamentarios: haber acreditado el título profesional de **ESPECIALISTA EN SALUD PÚBLICA**, y aprobar el plan de estudios del programa, y de conformidad con la Resolución No. 001 del 09 de Junio de 2009, del Decano y previo juramento en que el graduando se comprometió a cumplir fiel y lealmente la Constitución, las leyes de la República y los deberes y obligaciones que le impone su profesión de **MÉDICO Y CIRUJANO** y como egresado(a) de la **UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES**. Copia de la presente acta se le entregará al nuevo profesional con sus firmas respectivas. Para constancia se firma en la ciudad de Manizales el 20 de junio de 2009.

Rector

Director Académico

Decano

Secretario General

Registrado en el Folio No. 167 del Libro de Egresados No. 11

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2025-04-11→9:36:19 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	30330734	CLAUDIA	CECILIA	CARDENAS	AGUIRRE	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) CLAUDIA CECILIA CARDENAS AGUIRRE identificado(a) con CC 30330734 registra La siguiente información:

2025-04-11→9:36:19 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Medicina	1999-04-12	15310	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).

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:

Claudia Cecilia Cardenas Aguirre

CC 30330734 de Manizalez - Caldas

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

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-04-11
Fecha de vencimiento: 2027-04-11

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

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

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
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:

Claudia Cecilia Cardenas Aguirre

CC 30330734 de Manizalez - Caldas

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

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-04-09
Fecha de vencimiento: 2027-04-09

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

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

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
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:

Claudia Cecilia Cardenas Aguirre

CC 30330734 de Manizalez - Caldas

Realizó y aprobó el Curso Protocolos en la Toma y Transporte de Muestras de Laboratorio Resolución 3100 de 2019
con un total de 60 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-04-07
Fecha de vencimiento: 2027-04-07

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

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

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
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:

Claudia Cecilia Cardenas Aguirre

CC 30330734 de Manizalez - Caldas

Realizó y aprobó el Curso de Vacunación e Inyectología
con un total de 100 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-04-05
Fecha de vencimiento: 2027-04-05

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

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

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
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:

Claudia Cecilia Cardenas Aguirre

CC 30330734 de Manizalez - Caldas

Realizó y aprobó el Curso de Acompañamiento en Proceso de Duelo con Énfasis en Terapia Emocional
Resolución 3280 / 2018 y Resolución 2632 / 2024
con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-04-03
Fecha de vencimiento: 2027-04-03

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

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

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
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:

Claudia Cecilia Cardenas Aguirre

CC 30330734 de Manizalez - Caldas

Realizó y aprobó el Curso Protocolos de Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos - Resolución 3100 de 2019.
con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-04-01
Fecha de vencimiento: 2027-04-01

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

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

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
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:

Claudia Cecilia Cardenas Aguirre

CC 30330734 de Manizalez - Caldas

Realizó y aprobó el Curso Manejo de Pruebas en Punto de Atención - Point of Care Testing (POCT) con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-03-30
Fecha de vencimiento: 2027-03-30

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

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

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

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 **CLAUDIA CECILIA CARDENAS AGUIRRE,** identificada con c.c. No. 30.330.734 expedida en Manizales, presta sus servicios profesionales como Medica General, en este Hospital, desde el 3 de marzo de 1998 hasta la fecha que continua en ejercicio de sus funciones.

Desde el año 2009, hasta la fecha, es la profesional encargada de Coordinar la Ejecución de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas.

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

LUZ ADIELA SERNA ARIAS
Profesional Universitaria

La vacunación es una acción eficaz para evitar enfermedades que pueden ser mortales como: Poliomielitis, Difteria, Tétanos, Hepatitis B, Sarampión, Paperas, Rubeola, Meningitis y Tuberculosis.

En ocasiones, las vacunas producen reacciones como fiebre o malestar, pero esto no debe ser motivo para suspender la vacunación a sus hijos.

Consulte en el organismo de salud más cercano.

Recuerde:
Para que sus niños queden suficientemente protegidos deben recibir las dosis completas de cada vacuna.

El Servicio de Vacunación es Gratuito

P.A.I.

D.S.S.C

Dirección Seccional de
Salud de Caldas

Programa Ampliado de Inmunización

LIBRETA DE VACUNACION

NOMBRE
Claudia Cardenas.

FECHA DE NACIMIENTO
2-03-74

Conserve esta tarjeta, preséntela y pregunte por el estado de vacunación de sus niños, cada vez que acuda a los organismos de salud en busca de consulta médica o control de niño sano, al igual que en su próxima cita para vacunación.

A.M.L. PUBLICIDAD

Powered by CamScanner

VACUNA	DOSIS	FECHA		VACUNADO POR
B.C.G. (Tuberculosis)	Unica	Vacuna		
Poliomielitis	R.N.	Vacuna		
	1	Cita		
		Vacuna		
	2	Cita		
		Vacuna		
	3	Cita		
		Vacuna		
	Refuerzo	Vacuna		
	Refuerzo	Vacuna		
D.P.T. (Difteria Tosferina Tétanos)	1	Vacuna		
	2	Cita		
		Vacuna		
	3	Cita		
		Vacuna		
	Refuerzo	Vacuna		
	Refuerzo	Vacuna		
Hepatitis B	1	Vacuna		
	2	Cita		
		Vacuna		
	3	Cita		
		Vacuna		
	Refuerzo	Vacuna		
	Refuerzo	Vacuna		
Meningitis — Hemophilus Influenzae	1	Vacuna		
	2	Cita		
		Vacuna		
	3	Cita		
		Vacuna		
Meningitis — Meningococo	1	Vacuna		
	2	Cita		
		Vacuna		
Triple Viral (Rubeóla, Paperas, Sarampión)		Vacuna	22-06-2000	Norma Ramirez R.
	Refuerzo	Vacuna		
T.T. ó T.D. niños (Tétanos, Difteria)	1	Vacuna		
	2	Cita		
		Vacuna		
T.T. Tétanos T.d. adultos	1	Vacuna	26-12-98	
	2	Cita		
		Vacuna	18-03-2000	Belen Martinez.
	3	Cita		
		Vacuna	20-04-2000	Belen Martinez.
	Refuerzo	Vacuna	25-05-2001	Belen Martinez
	Refuerzo	Vacuna	28-07-2002	Belen Martinez
Fiebre Amarilla	1	Vacuna		
	Refuerzo	Vacuna		
Otras				

Powered by CamScanner

Certificado Internacional de Vacunación o Revacunación contra el Cólera
International Certificate of Vaccination or Revaccination against Cholera
Certificat International de Vaccination ou Revaccination contre le Cholera

Certifícase que
This is to certify that - Je soussigné (e), certifie que _____

cuya firma aparece a continuación
whose signature follows - dont la signature suit _____

ha sido vacunado(a) o revacunado(a) contra el cólera, en la fecha indicada
has on the date indicated been vaccinated or revaccinated against cholera
a été vacciné(e) contre la choléra á la date indiquée

Fecha Date	Ficha y calidad profesional del vacunador Signature and profesional status of vaccinator Signature et qualité professionnelle du vaccinateur	Sello autorizado Approved stamp Cachet d'authentification	
1		1	2
2			
3		3	4
4			

La validez del presente certificado se extenderá por un período de seis meses, que comenzará a regir seis días después de la primera inoculació de la vacuna, en caso de revacunación dentro de dicho período de seis meses, en la fecha misma de revacunación. El sello autorizado deberá ser del modelo prescrito por la administración sanitaria del territorio en que se efectúe la vacunación.

The validity ot this certificate shall extend for a period of six months, beginning six days after the first injection of the vaccine or, in the event of a revaccination within such period of six months. On the date of that revaccination. The approved stamp mentioned above must be in a form prescribed by the health administration of the territory in which the vaccination is performed.

La validité de ce certificat couvre une période de six mois commencant six jours aprés la premiére injection du vaccin ou, dans le cas d'une revaccination au cours de cette période de six mois le jour de cette revaccination. Le cachet d' authentification diot étre conforme au modéle prescrit par l'administration sanitaire du territoire ou la vaccination est effectuée.

ALCALDIA
SECRETARIA DE SALUD
Entre TODOS SÍ podemos!

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

Nº 00142

Certificado Internacional de Vacunación
International Certificate of Inoculation and Vaccination
Certificat International de Vaccination

Nombre Claudia Cardona Fecha de nacimiento 2-09-74 sexo F

Name _____ date of birth _____ sex _____

Nomme _____ né (e) le _____ sexe _____

Toda corrección o enmienda del Certificado o la omisión de cualquiera parte de él, lo invalida.
Any amendment of this certificate or erasure, or failure of complete any part of it, may render it invalid.
Toute correction ou rature sur le certificat au l'omission d'une quelconque, des mentions qu'il comporte peut affecter sa validité.

EDITORIAL ZAPATA-MANIZALES

Powered by CamScanner

Certificado Internacional de Vacunación o Revacunación contra la Viruela
International Certificate of Vaccination or Revaccination against Smallpox
Certificat International de Vaccination ou Revaccination contre la Virole

Certifícase que
This is to certify that - Je soussigné (e), certifie que _____

cuya firma aparece a continuación
whose signature follows - dont la signature suit _____

ha sido vacunado(a) o revacunado(a) contra el cólera, en la fecha indicada
has on the date indicated been vaccinated or revaccinated against smallpox
a été vacciné(e) or revacciné(e) contre la variole á la date indiquée,

Fecha Date	Indique con una "X" si es: Show by "X" whether: Indiquer par "X" s'll s'agit de:	Firma y calidad profesional del vacunador Signature and professional status of vaccinatir Signature et qualité profe-ssionelle du vaccinateur	Sello autorizado Approved stamp Cachet d'authentification
1 a	Primovacunación hecha Primary vaccination perfomed Primovaccination effectuée		
1 b	Satisfactoria Read as successful Prise Insatisfactoria Unsuccessful Pas de prise		
2	Revacunación Revaccination		
3	Revacunación Revaccination		
4	Revacunación Revaccination		
5			

La validez del presente certificado se extenderá por un período de tres años, que comenzará a regir ocho días después de la fecha de una primovacunación satisfactoria o, en caso de revacunación, en la fecha misma de revacunación. El sello autorizado arriba indicado deberá ser del modelo prescrito por la administración sanitaria del territorio en que se efectúe la vacunación.

The validity ot this certificate shall extend for a period of three years, beginning eight days after the date of a successful primary vaccination or, in the event of a revaccination, onthe date of that revaccination. The approved stamp mentioned above must in a form prescribed by the health administration of the territory in which the vaccination is performed.

La validité de ce certificat couvre une période de trois ans commencant huit jours aprés la date de la primovaccination effectuée avec succés (prise) ou, dans le cas d'une revaccination, le jour decette revaccination. La cachet d'authentification doit étre conforme au modéle prescrit par l'administration sanitaire du territorie ou la vaccination est effectuée.

Certificado Internacional de Vacunación o Revacunación contra La fiebre amarilla
International Certificate of Vaccination or Revaccination against yellow fever
Certificat International de Vaccination ou Revaccination contre la fievre jaune

Certifícase que
This is to certify that - Je soussigné (e), certifie que x Claudia Cardenas

cuya firma aparece a continuación
whose signature follows - dont la signature suit x Claudia Cárdenas A

ha sido vacunado(a) o revacunado(a) contra la fiebre amarilla, en la fecha indicada
has on the date indicated been vaccinated or revaccinated against yellow fever
a été vacciné(e) ou revacciné(e) contre la fievre jaune a date indiquée

Fecha Date	Ficha y calidad profesional del vacunador Signature and profesional status of vaccinator Signature et qualité professionnelle du vaccinateur	Origen y N°. del lote de la vacuna Oring and batch N° of vaccine Origine du vaccin et N° du lot	Sello oficial del centro de vacunación Official of vaccinating center Cachet officiel du centre de vaccination
17-02-98	[signature]	INS 650.	1 2
2			
3			3 4
4			

Este certificado solo será válido si la vacuna ha sido aprobada por la Organización Mundial de la Salud y si el centro de vacunación ha sido designado por la administración sanitaria del territorio en el cual está situado dicho centro. La validez del presente certificado se extenderá por un período de ocho años, que comenzará a regir diez días después de la fecha de vacunación, o en caso de revacunación, dentro de dicho período de seis años, en la fecha misma de revacunación.

This certificate is valid only if the vaccine used has been approved by the world Health Organization and if the vaccinating center has been designated by the health administration for the territory in which that center is situated. The validity of this certificate shall extend for a period of six years, beginning ten days after the date of vaccination or, in the event of revaccination whithin such period of six years, from the date of that revaccination.

Ce certificat n'est valable que si le vaccin employé a été aprouvé par l'Organization Mondiale de la Santé et si le centre de vaccination a été habilité par l'administration sanitarie du territoire dans lequel ce centre est situe. La validité de ce certificat couvre une période de six ans commencant dix jours aprés la date de vaccination ou dans le cas d'une revaccination au de cette´période de six ans, le jour de cette revaccination.

Powered by CamScanner

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Claudia Cecilia

Apellidos: Cardenas Aguirre

Documento de identidad: C.C. X | T.I. | Pasaporte | PEP | otro | cuál.

No 30.330734

Fecha de nacimiento: Día 02 Mes 03 Año 1974

Powered by CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	12 Noviembre 2021	CoronaVac® COVID-19 Vaccine (Vero Cell), Inactivated Administration: Intramuscular injection in the deltoid. 0.5 mL/vial Single dose of 0.5 mL contains 600SU of inactivated SARS-CoV-2 virus as antigen. Store and transport between +2°C and +8°C, and protect from light. Do not freeze. Manufacturer: SINOVAC LIFE SCIENCES CO., LTD. Lot No.: C202106111 Exp.Date: 2022 06 10		ESE HSJ Aguadas	Sandra Viviana Giraldo lopez	1055832296
	2	17 Dic. 2021	CoronaVac® COVID-19 Vaccine (Vero Cell), Inactivated Administration: Intramuscular injection in the deltoid. 0.5 mL/vial Single dose of 0.5 mL contains 600SU of inactivated SARS-CoV-2 virus as antigen. Store and transport between +2°C and +8°C, and protect from light. Do not freeze. Manufacturer: SINOVAC LIFE SCIENCES CO., LTD. Lot No.: B202107100 Exp.Date: 2022 07 27		ESE H-53. Aguad,	Sand. Viviana G. Giraldo Lopez	1.055.832.296

Powered by CamScanner

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

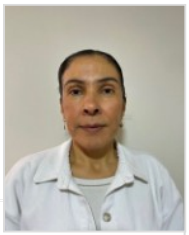
Fecha Emisión	Realizado en	Tipo Evaluación - Énfasis	Orden Servicio No.
2023-10-20	AGUADAS (Caldas)	Pre-Ingreso, Osteomuscular	**963762**

Nombres y Apellidos	Identificación	Sexo
Claudia Cecilia Cardenas Aguirre	CC 30330734	Femenino

Fecha Nacimiento	Edad	Tipo Sangre - Rh *	Peso	Talla	Índice Masa Corporal
1974-03-02	49 años	A+	71 kilogramos	168 centimetros	25.16

Dirección Residencia	Teléfonos
Cr 3 # 15 07	3206909862

Cargo a desempeñar	Empresa	Empresa Usuaria
MEDICA GENERAL	NIT 890801035-4 Hospital San Jose de Aguadas	Hospital San Jose de Aguadas



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

Certificado emitido de acuerdo con la Evaluación Médica Ocupacional realizada el 2023-10-20. 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

- Realizar periódicamente todos los exámenes definidos según profesiograma de la empresa.
- Inducción y capacitación periódica, acordes a las funciones y riesgos del cargo.
- Capacitación sobre hábitos y estilos de vida saludable.
- Capacitación en higiene postural.
- Dotar al trabajador de Elementos de Protección Personal adecuados para el riesgo.
- 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

Valide este documento en:
https://simeonips.com/validar/cmo/gdxe208k-o5g2-c7l8-xju5-8hqnp45176qw
Fecha Impresión: 2023-10-20 16:05:31 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

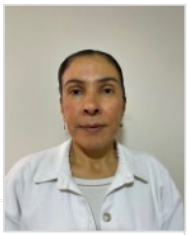
Fecha Emisión	Realizado en	Tipo Evaluación - Énfasis	Orden Servicio No.
2023-10-20	AGUADAS (Caldas)	Pre-Ingreso, Osteomuscular	**963762**

Nombres y Apellidos	Identificación	Sexo
Claudia Cecilia Cardenas Aguirre	CC 30330734	Femenino

Fecha Nacimiento	Edad	Tipo Sangre - Rh *	Peso	Talla	Índice Masa Corporal
1974-03-02	49 años	A+	71 kilogramos	168 centimetros	25.16

EPS	ARL	AFP
Nueva EPS	Colmena	Colpensiones

Cargo a desempeñar	Empresa	Empresa Usuaria
MEDICA GENERAL	NIT 890801035-4 Hospital San Jose de Aguadas	Hospital San Jose de Aguadas



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

Como resultado de la Evaluación Médica Ocupacional, realizada el día 2023-10-20, el médico especialista Julio César Flórez Pérez generó las siguientes recomendaciones médicas:

RECOMENDACIONES PARA MEJORAR HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA

- Limitar el consumo de bebidas azucaradas.
- Reducir el consumo de sal, embutidos, enlatados y productos de paquete.
- Evitar alimentos con elevado contenido de grasa.
- Realizar ejercicio, mínimo 3 veces a la semana.
- Procurar una adecuada higiene del sueño.

RECOMENDACIONES MÉDICAS

- Control visual anual.

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.
- Higiene Postural.
- Participar en el programa de pausas activas definido por la empresa.
- Reportar oportunamente sintomatología asociada a COVID-19.

La empresa **Hospital San Jose de Aguadas** 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

Hospital San Jose de Aguadas

Firma del Usuario

Claudia Cecilia Cardenas Aguirre
CC.: 30330734
Fecha de recibido:

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 30330734	0	CLAUDIA CECILIA CARDENAS AGUIRRE	I	0	COLMENA - 14-25	ÚNICA	8299	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
17-13	CR 3 15 07		3206909862			CLAUDITACAR1@GMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN

PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2025-03	2025-03	8635066622	I	2025-03-27	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	587.800	0	

Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA
1	8688070197	2025-04-08	Pagada

EMPLEADO					NOVEDADES																DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN				
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
1	CC 30330734	CARDENAS AGUIRRE CLAUDIA CECILIA	1.900.000																	0			30	30	0	30	COLPENSION ES-25-14	1.900.000	304.000	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.900.000	237.500	SIN CCF-SINCCF	0	0	1.900.000	46.300	0,02436	0	0	0	0	0	59	0	587.800	N	3861001

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 30330734	0	CLAUDIA CECILIA CARDENAS AGUIRRE	I	0	COLMENA - 14-25	ÚNICA	8299	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
17-13	CR 3 15 07		3206909862			CLAUDITACAR1@GMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN

PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2025-03	2025-03	8635066622	I	2025-03-27	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	587.800	0	

Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA
1	8688070197	2025-04-08	Pagada

TOTALES IBC

IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
1.900.000	1.900.000	1.900.000	0	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	304.000	0	0	0	304.000
COLPENSIONES	25-14	900336004	7	1	304.000	0	0	0	304.000
EPS(Administradoras: 1)				1	237.500	0	0	0	237.500
NUEVA E.P.S. S.A.	EPS037	900156264	2	1	237.500	0	0	0	237.500
ARP(Administradoras: 1)				1	46.300	0	0	0	46.300
COLMENA	14-25	800226175	3	1	46.300	0	0	0	46.300
Gran Total					587.800	0	0	0	587.800

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN JOSÉ
NIT: 890.801.035-4 | AGUADAS - CALDAS

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: ___ NIT: _ Dirección: ___
Teléfono: ___

Información representante legal y personas naturales

Nombre completo: CLAUDIA CECILIA CARDENAS AGUIRRE Identificación: 30.330.734
Dirección: CRA 3 #15-07 Teléfono: 3206909862
Lugar y fecha de nacimiento: Aguadas, 02 de marzo de 1974
Ocupación u oficio: MÉDICA

Caracterización PEP (Personas expuestas políticamente): SI ___ NO X

¿Realiza operaciones internacionales?: SI ___ NO X
¿Cuáles?

DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS

Yo, CLAUDIA CECILIA CARDENAS AGUIRRE identificado con el documento de identidad No. 30.330.734, expedido en Manizales, 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).

Ejercicio de mi profesión como médico general

2. Si posee ingresos adicionales, especifique:

Según declaración de renta vigente

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

4. No admitiré que terceros efectúen depósitos a nombre mío, con fondos provenientes de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo 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 un día del mes de abril del año 2025 en la ciudad de Aguadas.

Claudia Cecilia Cardenas A.

FIRMA DEL CLIENTE

CLAUDIA CECILIA CARDENAS AGUIRRE
NOMBRE

30.330.734
C.C / NIT



Huella Índice Derecho

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

Yo, CLAUDIA CECILIA CARDENAS AGUIRRE, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 30.330.734 , 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 (0 1) días del mes de abril de 2025



Firma

Documento de Identidad No. 30.330.734

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, 01 de abril de 2025

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 _x_ para que pueda consultar mi historia laboral x expediente contractual x, 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,

CLAUDIA CECILIA CARDENAS AGUIRRE
Nombre



_____
Firma

30.330.734
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 **CLAUDIA CECILIA CARDENAS AGUIRRE** , identificado con la cédula de ciudadanía número **N° 30.330.734 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 **CLAUDIA CECILIA CARDENAS AGUIRRE,** 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