

Muzo, 15 de mayo de 2025

Señor
DANIEL LEONARDO ROSAS GARCÍA
Gerente
ESE Hospital "Santa Ana"
Muzo - Boyacá

Asunto: Propuesta de prestación de servicios como auxiliar de enfermería de la ESE

Respetado señor Gerente:

De manera cordial me permito presentar a usted mi propuesta de prestación de servicios como **auxiliar de enfermería de la ESE**, conforme a lo siguiente:

ALCANCE

La presente propuesta tiene como fin la prestación de servicios como **auxiliar de enfermería** a la **ESE Hospital "Santa Ana" de Muzo**, mediante la modalidad de contratación por prestación de servicios independientes, en los asuntos relacionados más adelante, teniendo en cuenta la naturaleza de la entidad y los asuntos asistenciales que le son inherentes.

La oferta incluye:

Servicios profesionales como auxiliar de enfermería para:

- Realizar las actividades propias del cargo de **auxiliar de enfermería**, contempladas en el Modelo Preventivo y Predictivo para el Fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud (APS), que garantice el derecho fundamental a la salud e incida positivamente en los resultados en salud de las personas, familias y comunidades del municipio de Muzo, Boyacá (zona urbana).
 - Las demás actividades que, de buena fe, sean inherentes a las obligaciones enunciadas en el numeral anterior.
-

VALOR, PLAZO Y FORMA DE PAGO

El valor de la propuesta para la prestación de los servicios descritos es de **SIETE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE (\$7.500.000)**, pagaderos en sumas de **DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE (\$2.500.000)** mensuales, y/o proporcional a las actividades ejecutadas, previa presentación de la constancia de cumplimiento expedida por la Gerencia o quien esta designe.

El plazo del contrato será por un período de **tres (3) meses**, comprendido entre el **diecinueve (19) de mayo** y el **dieciocho (18) de agosto de 2025**.

Manifiesto que, una vez aceptada la presente oferta, otorgaré las garantías que sean requeridas por parte de la **ESE Hospital Santa Ana de Muzo**.

Espero que la presente propuesta cumpla con las expectativas y necesidades de la entidad. En consecuencia, estaré atenta a cualquier requerimiento, manifestando que **acepto en su totalidad** las condiciones de la presente oferta, por cuanto las he conocido previamente.

Cordialmente,



Luz Amanda Mahecha Calvo

C.C. No. 1031170471

Teléfono celular: 3212185486

Dirección: CR 4 No. 4-02 – Barrio Villa Teresa, Muzo - Boyacá

Anexos: Hoja de vida y soportes



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Mahecha		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Calvo		NOMBRES Luz Amanda	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No. 1031170471		GENERO F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/>		NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/>	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="checkbox"/> SEGUNDA CLASE <input type="checkbox"/>		NÚMERO		D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA DÍA 25 MES 05 AÑO 1997		CARRERA 4 4 2			
PAÍS COLOMBIA		PAÍS COLOMBIA		DEPTO BOYACÁ	
DEPTO BOYACÁ		MUNICIPIO MUZO			
MUNICIPIO MUZO		TELÉFONO 3193411496		EMAIL amandita15.@gmail.com	

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO		BÁSICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2013
										<input checked="" type="checkbox"/>				

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	3	X		TECNICA PROFESIONAL EN	03	2016	

3

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO
DILIGENCIA 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)

ESPECIFIQUE 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 ANTERIOR																				
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE MUZO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍ COLOMBIA												
DEPARTAMENTO BOYACÁ			MUNICIPIO MUZO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD												
TELÉFONOS 3174285642			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO											
			Día		05	Mes		01	Año		2023	Día		30	Mes		04	Año		2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1347 AUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA 4505 Y AUXILIAR DE ENFERMERIA					DIRECCIÓN CALLE 3 8 11												
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																				
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION INTEGRAL PARA EL SERVICIO SOCIAL FUNINTEGRAS				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍ COLOMBIA												
DEPARTAMENTO BOYACÁ			MUNICIPIO TUNJA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD												
TELÉFONOS 3114615716			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO											
			Día		08	Mes		06	Año		2022	Día		30	Mes		12	Año		2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA 4505 Y AUXILIAR DE ENFERMERIA					DIRECCIÓN CARRERA 12 26 9												
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																				
EMPRESA O ENTIDAD ESMERALDAS SANTAROSA				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍ COLOMBIA												
DEPARTAMENTO BOYACÁ			MUNICIPIO MARIPI					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD												
TELÉFONOS 6017445306			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO											
			Día		26	Mes		04	Año		2022	Día		03	Mes		08	Año		2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1347 AUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA 4505 Y AUXILIAR DE ENFERMERIA					DIRECCIÓN CARRERA 9 113 42												
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																				
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SANTA ANA DE MUZO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍ COLOMBIA												
DEPARTAMENTO BOYACÁ			MUNICIPIO MUZO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD												
TELÉFONOS 7256518			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO											
			Día		01	Mes		02	Año		2018	Día		31	Mes		12	Año		2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA 4505 Y AUXILIAR DE ENFERMERIA					DIRECCIÓN CARRERA 6 7 80												

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:
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

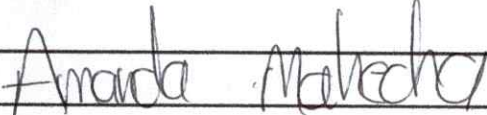
OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	1	2
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	8
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

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 INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento _____



 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

[Empty rounded rectangular box for observations]

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

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000917770 PÁGINA WEB: www.funclonpublica.gov.co

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, LUZ Amanda Mahecha Calvo
IDENTIFICADO CON: C.C. C.E. T.I. N° 1031170471 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:
País Colombia Departamento Boyacá Municipio MUZO
Dirección Barrio villa Teresa Teléfonos 3212185486

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Rodriguez Mahecha lam Felipe	1057017424	Hijo
Rodriguez Mahecha Ethan Daniel	1057017795	Hijo

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	
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	\$ -

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
Banco Agrario de Colombia	Ahorros	4-154-50-06614-7	MUZO	10.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

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

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Amanda Matecha
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

1037170471
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario

14861654536



(415)7707212489984(8020) 000001486165453 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 3 1 1 7 0 4 7 1

6. DV

8

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Turpa

2 0

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de identificación

1 0 3 1 1 7 0 4 7 1

27. Fecha expedición

2 0 1 5 0 6 1 1

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

MAHECHA

32. Segundo apellido

CALVO

33. Primer nombre

LUZ

34. Otros nombres

AMANDA

35. Razón social

36. Nombre comercial

BAR CALIBRE 50

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Boyacá

1 5

40. Ciudad/Municipio

Muzo

4 8 0

41. Dirección principal

BRR VILLA TERESA CR 4 4 2

42. Correo electrónico

amandita15.am@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 2 1 2 1 8 5 4 8 6

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

46. Código

8 7 1 0

47. Fecha inicio actividad

2 0 2 0 0 4 3 0

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1 2

51. Código

3 2 2 3

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 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

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

Exportadores

54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3

57. Modo

58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2022 - 09 - 08 / 12 : 27 : 30

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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y aceptó la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre MAHECHA CALVO LUZ AMANDA

985. Cargo CONTRIBUYENTE



POLITECNICO INTERNACIONAL

EDUCACION SUPERIOR

Personería Jurídica N° 4135 de 2004 del Ministerio de Educación Nacional

Acta de Grado No. 4153

Certifica que:

El Consejo Académico Institucional del Politécnico Internacional en sesión del día 30 de Marzo de 2016, en uso de sus facultades legales y estatutarias,

CONSIDERANDO QUE:

Luz Amanda Mahecha Calvo

Cédula Ciudadanía No. 1.031.170.471 Expedida en Bogotá D.C.

Cumplió satisfactoriamente con los requisitos exigidos por los Acuerdos y Reglamentos de la Institución, resuelve otorgarle el título de

*Técnico Laboral por Competencias en
Auxiliar de Enfermería*

En nombre y representación del Politécnico Internacional y de la República de Colombia y previo al juramento de rigor se hizo entrega del Diploma registrado en el Folio N° 165 del Libro. 2

En testimonio de lo anterior se firma la presente Acta de Grado en la ciudad de Bogotá, D.C., a los (30) días del mes de Marzo de 2016.

[Signature]
RECTOR

[Signature]
SECRETARIO GENERAL

[Signature]
VICERRECTOR ACADÉMICO

[Signature]
DECANO

El presente Título se halla registrado en el

Folio No. 165 del Libro de Registro No. 2.



POLITECNICO INTERNACIONAL

EDUCACION SUPERIOR

Personería Jurídica N° 4135 de 2004 del Ministerio de Educación Nacional

Teniendo en cuenta que :

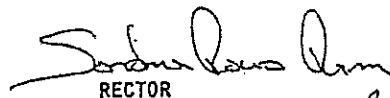
Luz Amanda Mahecha Calvo

Cédula Ciudadanía 1.031.170.471 Expedida en Bogotá D.C.

Ha cumplido satisfactoriamente con los requisitos exigidos por el programa académico y demás normas reglamentarias, en nombre de la República de Colombia le otorga el título de

Técnico Laboral por Competencias en Auxiliar de Enfermería

En testimonio firmamos y sellamos, en la ciudad de Bogotá, D.C.,
el día 6 de Abril de 2016.


RECTOR


VICERRECTOR ACADEMICO


DECANO


SECRETARIO GENERAL


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.031.170.471**

MAHECHA CALVO
 APELLIDOS

LUZ AMANDA
 NOMBRES

Amanda Mahecha
 FIRMA



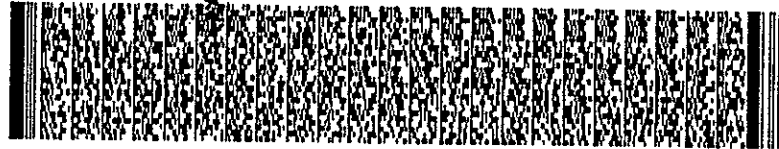

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-MAY-1997**
MUZO
 (BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.50 **B+** **F**
 ESTATURA G.S. RH SEXO

11-JUN-2015 BOGOTA D.C.
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
 REGISTRADOR NACIONAL
 CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-1500150-00717132-F-1031170471-20150625 0044587454A 1 41147570



ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No 10605 de 25/08/2017

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

Por la cual se autoriza el ejercicio de una ocupación en el Territorio Nacional.

LA DIRECCION DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

En uso de sus facultades legales y en especial las conferidas por el Decreto 780 de 2016, Ley 1164 de 2007 y Resolución 3030 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social y,

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) MAHECHA CALVO LUZ AMANDA Identificado(a) con CC número 1031170471 expedida en BOGOTÁ D.C. solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por POLITECNICO INTERNACIONAL INSTITUCION DE EDUCACION SUPERIOR el día 06/04/2016.

Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

En virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a MAHECHA CALVO LUZ AMANDA identificado(a) con CC número 1031170471 expedida en BOGOTÁ D.C. para desempeñarse como AUXILIAR EN ENFERMERIA en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: A partir de la expedición de la presente resolución, quedara inscrito en el registro Único Nacional del Talento Humano en salud (RETHUS).

COMUNIQUESE, Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 25/08/2017

Original Firmado Por
Rosmira Mosquera Padilla

ROSMIRA MOSQUERA PADILLA.
Directora de Calidad de Servicios de Salud.

Revisó: Sebastián Quiroz L.
Elaboró: Víctor Sánchez

Bogotá, D.C. 24-Ene-2018
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Amanda Mahecha
CC. # 1.031.170.471
Firma Amanda Mahecha

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: 364 9666



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



República de Colombia
Departamento de Antioquia



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

HACE CONSTAR QUE:

LUZ AMANDA MAHECHA CALVO

con documento de identidad C.C. 1031170471

Cursó y aprobó

DIPLOMADO EN ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR BÁSICO

con una intensidad horaria de Ciento Veinte (120) horas

Registrado en el Libro de Actas N°. 28

Medellín, 14 de agosto de 2022.



MAYKEL BARRAGAN AMAYA
Rector

Para verificar la autenticidad de este documento, ingresar a <http://virtual.politecnicomayor.edu.co>, y en VERIFICAR CERTIFICADO digitar el Código de Seguridad: PNU3CGK



SERPROI

COLOMBIA

SERPROI SERVICIOS PROFESIONALES DE COLOMBIA S.A.S
Ministerio de Trabajo N° 08SE2021220100000043015 del 26 Julio de 2021
Certificación NTC 6072 Bureau Veritas N° CO21.01719 N° Acreditación ONAC 09-CPR-008
Resolución N° 7122 de Secretaría de Salud del Meta del 26 de Enero del 2021

HACE CONSTAR QUE:

LUZ AMANDA MAHECHA CALVO

CC: 1.031.170.471

Curso y aprobó la capacitación y entrenamiento en:

TRABAJO SEGURO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO AVANZADO

Con una intensidad de (20) horas

Se firmó en la ciudad de Villavicencio, el 12 de abril de 2022

Código de validación: SC009416

LUIS ENRIQUE MARTINEZ MUÑOZ
Resolución No. 6189/2020
Entrenador ITSA, 59654082

ANDERSON HERRERA DIAZ
Gerente
Entrenador TSA Reg. 37544429
Lic. SST 6190/2020

Para verificar la autenticidad de este documento dirijase a la pagina www.serproicolombia.com
en la sección certificados

TRAMIPETROL

Institución Educativa Para el Trabajo Y Desarrollo Humano
Resolución No. 3618 de 25/Nov de 2015
SECRETARIA DE EDUCACIÓN MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO

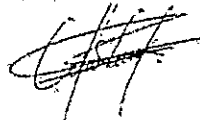
LUZ AMANDA MAHECHA CALVO

Identificado con Cédula de Ciudadanía 1.031.170.471 de BOGOTA D.C.

Realiza el curso de:
ESPACIOS CONFINADOS

Dictado el 11/04/2022

Con una intensidad horaria de 40 Horas
En constancia se refrenda con sello y firma



VICTOR MANUEL ROJAS PACHECO
INSTRUCTOR

COD. CERTIFICADO
184391



MinEducación



CLL 36A # 19D-36 LOCAL 3 JORDAN PARAISO

WWW.TRAMIPETROL.COM - EMAIL: TRAMIPETROLHERNANDEZ@HOTMAIL.COM



TRAMIPETROL

Institución Educativa Para el Trabajo Y Desarrollo Humano
Resolución No. 3618 de 25/Nov de 2015
SECRETARIA DE EDUCACION MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO

LUZ AMANDA MAHECHA CALVO

Identificado con Cédula de Ciudadanía 1.031.170.471 de BOGOTA D.C.

Realizo el curso de:

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO EN LABORES MINERAS SUBTERRANEAS

Dictado el 09/04/2022

Con una intensidad horaria de 40 Horas

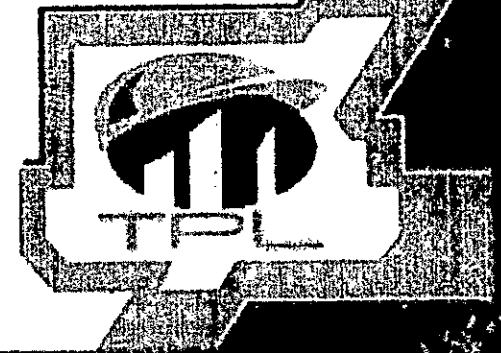
En constancia se refrenda con sello y firma

VICTOR MANUEL ROJAS PACHECO
INSTRUCTOR

COD. CERTIFICADO
184390



MinEducación



CLL 36A # 19D-36 LOCAL 3 JORDAN PARAISO

WWW.TRAMIPETROL.COM - EMAIL: TRAMIPETROLHERNANDEZ@HOTMAIL.COM



Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

LUZ AMANDA MAHECHA CALVO

Con Cedula de Ciudadania No. 1031170471

Cursó y aprobó la acción de Formación

INFORMATICA: MICROSOFT WORD, EXCEL E INTERNET

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Sanpablo De Borbur, a los veintiocho (28) días del mes de abril de dos mil veintidos (2022)

Firmado Digitalmente por

JUAN CARLOS PINILLA HOLGUIN
Subdirector
CENTRO MINERO
REGIONAL BOYACÁ

82181734 - 28/04/2022
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 9111002503432CC1031170471C.



Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

LUZ AMANDA MAHECHA CALVO

Con Cedula de Ciudadania No. 1031170471

Cursó y aprobó la acción de Formación

EMPRENDIMIENTO DIGITAL

con una duración de 48 horas

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Sogamoso. a los dieciocho (18) días del mes de mayo de dos mil veintidos (2022)

Firmado Digitalmente por

JUAN CARLOS PINILLA HOLGUIN
Subdirector
CENTRO MINERO
REGIONAL BOYACÁ

83017011 - 18/05/2022
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 9111002531161CC1031170471C.



Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

LUZ AMANDA MAHECHA CALVO

Con Cédula de Ciudadanía No. 1031170471

Cursó y aprobó la acción de Formación

DESARROLLO DE HABILIDADES DIGITALES PARA LA COMUNICACION Y COLABORACION EN LINEA

con una duración de 48 horas

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Socota. a los trece (13) días del mes de enero de dos mil veintitres (2023)

Firmado Digitalmente por

JUAN CARLOS GARCIA CORREDOR
Subdirector (E)
CENTRO MINERO
REGIONAL BOYACÁ

85296855 - 13/01/2023
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 9111002578538CCI031170471C.



Cámara de Comercio
de Tunja

LA CÁMARA DE COMERCIO DE TUNJA

Certifica que:

AMANDA MAHECHA

C.C 1031170471

Asistió a la capacitación

PRIMEROS AUXILIOS

Expedido en Muzo a los 28 días del mes de Julio

Julián Andrés Galvis Pabón
Presidente Ejecutivo de la CCT

Germán Antonio Salinas Quiñonez
Director del Departamento de
Servicios Empresariales

Verifique este documento en www.comerciotunja.org.co/certi

Código: cTAKTdEtd



E.S.E HOSPITAL "SANTA ANA"
MUZO - BOYACÁ

NIT. 800. 254. 850 - 6

**EL SUSCRITO PROFESIONAL UNIVERSITARIO Y JEFE DE PERSONAL
DE LA ESE HOSPITAL "SANTA ANA" DE MUZO**

C E R T I F I C A

Que la señora **LUZ AMANDA MAHECHA CALVO**, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.031.170.471 expedida en Bogotá, prestó sus servicios a la ESE Hospital "santa Ana" de Muzo, como **AUXILIAR AREA SALUD (ENFERMERIA)**, contratista, **EJECUTANDO LAS ACTIVIDADES DE APOYO EN CONTEMPLADAS DENTRO DEL CONTRATOS INTERADMINISTRATIVOS PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACCIONES CONTEMPLADAS EN EL PAS-PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2017 Y 2018 EN EL MUNICIPIO DE MUZO - BOYACA**, durante los siguientes periodos:

1. DEL 1º DE FEBRERO AL 28 DE FEBRERO DEL 2018.
2. DEL 8 DE SEPTIEMBRE AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2018

Que durante el tiempo que la Señora **LUZ AMANDA MAHECHA CALVO**, prestó sus servicios en esta Institución Hospitalaria, se caracterizó por su excelente conducta, gran sentido de responsabilidad y poseedora de una honestidad intachable.

La presente se expide a solicitud de la interesada en Muzo (Boyacá), a los quince (15) días del mes de diciembre del año dos mil veintidós (2022).


JUAN RICARDO PÉREZ ORJUELA

~~~~~  
**Carrera 6 No. 7 - 80. Telefax (098) 725 6060, 725 6484 Muzo (Boy.)**  
[esehospitalsantaana@yahoo.com](mailto:esehospitalsantaana@yahoo.com)



FUNDACION GERONTOLOGICA VIDA Y DESARROLLO FUNGERVIDE  
NIT: 900374071-2


Tunja 08 de Diciembre de 2022

**FUNDACIÓN GERONTOLOGICA VIDA Y DESARROLLO FUNGERVIDE**  
**NIT 900374071-2**  
**HACE CONSTAR**

El señor **LUZ AMANDA MAHECHA CALVO** identificado con cedula de ciudadanía 1.031.170.471 de Bogotá, estuvo vinculado a esta fundación por medio de contrato prestación de servicios como Auxiliar de enfermería para la atención de los adultos mayores en el centro vida del municipio de Muzo, con un contrato relacionado a continuación:

| FECHA INICIAL | FECHA FINAL | OBJETIVO                                                                                                            |
|---------------|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 01/07/2020    | 28/07/2021  | Prestación de servicios como auxiliar de enfermería para los adultos mayores del centro vida del municipio de Muzo. |

Se expide a solicitud del interesado a los ocho (08) días del mes de Diciembre del 2022

  
**AMPARO MORENO SALCEDO**  
Representante legal  
C.C. 30.335.841 de Manizalez

Tunja Boyacá Cr 13 N° 16-41 Oficina 502 Barrio Santa Bárbara  
Celular: 3217776099. E- mail: fungervide@gmail.com

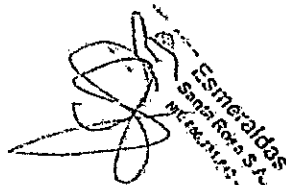
**LA SUSCRITA ASISTENTE DE RECURSOS HUMANOS  
DE LA EMPRESA ESMERALDAS SANTA ROSA S.A**

**CERTIFICA QUE:**

El Señor **LUZ AMANDA MAHECHA CALVO**, identificado con la cédula de ciudadanía No 1.031.170.471 laboró en nuestra compañía en el periodo comprendido entre el 26 de abril de 2022 hasta el 03 de agosto de 2022, mediante un contrato a término fijo, cuya causa de terminación fue por renuncia del empleado, desempeñando el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA** devengando un salario mensual de **UN MILLON SEISCIENTOS SETENTA Y UN MIL CIENTOS PESOS (\$1.671.100) MCTE**.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado el día tres (03) del mes de agosto de 2022.

Cordialmente,



**LUZ STELLA SOGAMOSO  
ASISTENTE DE RECURSOS HUMANOS**



**FUNDACION INTEGRAL PARA EL SERVICIO SOCIAL**

**NIT. 901074447-4.**



**Muzo 12 de Diciembre de 2022**

**FUNDACION INTEGRAL PARA EL SERVICIO SOCIAL**

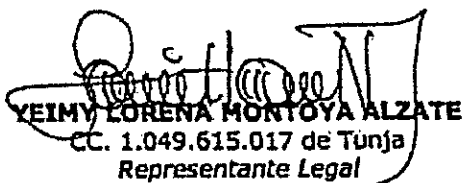
**(FUNINTEGRAS)**

**NIT 901074447-4**



**CERTIFICA**

La señora **LUZ AMANDA MAHECHA CALVO** identificado con cedula de ciudadanía 1.031.170.471 de Bogotá , estuvo vinculada a esta fundación por medio de contrato prestación de servicios como AUXILIAR DE ENFERMERÍA en el centro vida mis mejores años en el Municipio de Muzo en acciones de la FUNDACION INTEGRAL PARA EL SERVICIO SOCIAL en atención Integral para la persona Mayor en el tiempo comprendido de Junio de 2022 a Diciembre de 2022 demostró su responsabilidad y cumplimiento con su actividades ejecutadas y el excelente trato con las personas Mayores.

Se expide a solicitud del Interesado a los veinte doce (12) días del mes de Diciembre del 2022

  
**YEIMY LORENA MONTOYA ALZATE**  
CC. 1.049.615.017 de Tunja  
*Representante Legal*

Carrera 12 # 26- 09 Oficina 303  
Cel. 3114615716- 3204274054- 3142989523  
E-mail [funintegras@gmail.com](mailto:funintegras@gmail.com)  
Tunja - Boyacá

|                                                                                   |                                          |  |                                                                                     |                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
|  | MUNICIPIO DE MUZO - BOYACÁ               |  |  | <b>FM - 007</b><br>Versión 1.0<br>22/12/2023<br>Pág. 1 de 1 |
|                                                                                   | Modelo Integrado de Planeación y Gestión |  |                                                                                     |                                                             |
|                                                                                   | CERTIFICACIONES                          |  |                                                                                     |                                                             |

**042-2024**

**LA SUSCRITA SECRETARÍA DE GOBIERNO DEL MUNICIPIO DE MUZO - BOYACÁ**

**CERTIFICA**

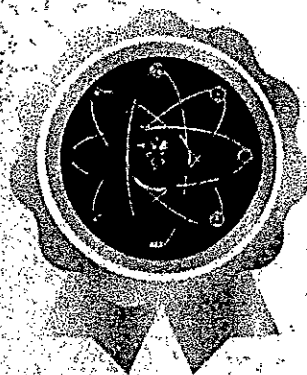
Que, la señora **LUZ AMANDA MAHECHA CALVO** identificado con C.C. No. **1.031.170.471 de Bogotá**, está vinculado contractualmente con la Alcaldía Municipal de Muzo; mediante el siguiente contrato de prestación de servicios y de apoyo a la gestión:

- **MM-CD-CAG-SG-2023-07**, objeto: **"PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LOS CUIDADOS BASICOS Y ACTIVIDADES FISICAS DE MEJORAMIENTO PARA EL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HOGAR GERIATRICO ALVARO DE JESUS PUERTAS DEL MUNICIPIO DE MUZO"**, fecha inicio enero 05 de 2023 y **fecha de terminación** Abril 30 de 2023, por un valor de **SIETE MILLONES CUATROCIENTOS OCHO MIL SETECIENTOS VEINTICUATRO PESOS M/C (\$7.408.724.00)**.

La presente se expide a solicitud del interesado a los catorce (14) días del mes de Marzo de 2024.

  
**NINFA YASMIN ORTEGA LEGUIZAMON**

| Elaborado por:            |          | Revisado por: |       | Aprobado por: |       |
|---------------------------|----------|---------------|-------|---------------|-------|
| Nombre                    | Firma    | Nombre        | Firma | Nombre        | Firma |
| Cristina Cardillo Sánchez |          | Yasmín Ortega |       | Yasmín Ortega |       |
| Nombre del documento      |          | Certificación |       | Versión       |       |
| Dependencia               | Gobierno | TRD           | 110 6 | Consecutivo   | 042   |



**IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD**

**NIT 901.513.529-4**

*Certifica que:*

**LUZ AMANDA MAHECHA CALVO**

**IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.031.170.471**

**Asistió al Curso de:**

**SOPORTE VITAL BÁSICO (BLS)**

**Con una intensidad horaria de 45 Horas.**

**ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE TUNJA A LOS 14 DÍAS DEL MES DE MAYO DEL 2025.**

**VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE DOS AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.**

**Carlos Andrés Losada Meñaca**  
GERENTE GENERAL

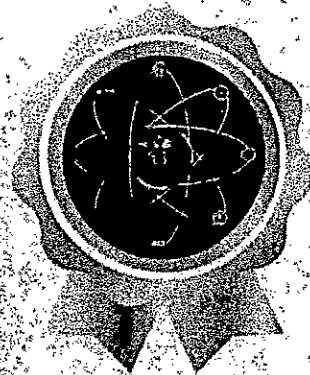


**Dancy Sidney Monje Perez**  
REPRESENTANTE LEGAL

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL. MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL. DECRETO 378 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD.

PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO [ACADEMICO@CORIMAVSS.COM](mailto:ACADEMICO@CORIMAVSS.COM) O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 321 405 9500.



**IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD**

**NIT 901.513.529-4**

*Certifica que:*

**LUZ AMANDA MAHECHA CALVO**

**IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.031.170.471**

**Asistió al Curso de:**

**ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA Y EL ABUSO SEXUAL CON ENFOQUE DIFERENCIAL (AVS)**

**Con una intensidad horaria de 45 Horas.**

**ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE TUNJA A LOS 13 DÍAS DEL MES DE MAYO DEL 2025.**

**VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.**

**Carlos Andrés Losada Meñaca**  
GERENTE GENERAL

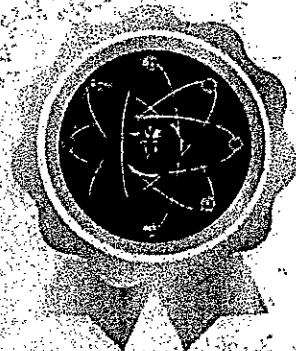


**Dancy Sidney Monje Perez**  
REPRESENTANTE LEGAL

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

DECRETO 2156 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 378 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD.

PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO [ACADEMICORIMAVSS.COM](mailto:ACADEMICORIMAVSS.COM) O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 321 405 9500.



**IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD**

**NIT 901.513.529-4**

*Certifica que:*

**LUZ AMANDA MAHECHA CALVO**

**IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.031.170.471**

**Asistió al Curso de:**

**HUMANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD (HSS)**

**Con una intensidad horaria de 45 Horas.**

**ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE TUNJA A LOS 12 DÍAS DEL MES DE MAYO DEL 2025.**

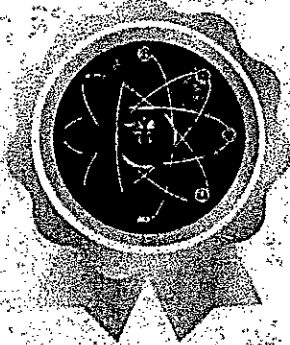
**VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.**

**Carlos Andrés Losada Meñaca**  
GERENTE GENERAL



**Dancy Sidney Monje Perez**  
REPRESENTANTE LEGAL

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.  
DECRETO 2190 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 374 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD.  
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO [ACADEMICO@MAVSS.COM](mailto:ACADEMICO@MAVSS.COM) O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 321 405 9500.



**IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD**

**NIT 901.513.529-4**

*Certifica que:*

**LUZ AMANDA MAHECHA CALVO**

**IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.031.170.471**

Asistió al Curso de:

**ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS (AQS)**

**Con una intensidad horaria de 45 Horas.**

**ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE TUNJA A LOS 15 DÍAS DEL MES DE MAYO DEL 2025.**

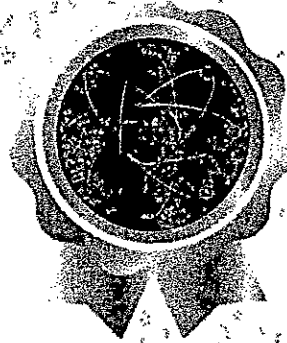
**VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.**

**Carlos Andrés Losada Meñaca**  
GERENTE GENERAL



**Dancy Sidney Monje Pérez**  
REPRESENTANTE LEGAL

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.  
DECRETO 2190 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 378 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD.  
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO [ACADEMICO@IMAVSS.COM](mailto:ACADEMICO@IMAVSS.COM) O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 321 405 9500.



**IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD**

**NIT 901.513.529-4**

*Certifica que:*

**LUZ AMANDA MAHECHA CALVO**

**IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.031.170.471**

**Asistió al Curso de:**

**PROGRAMA AMPLIO DE INMUNIZACIONES (PAI)**

**Con una intensidad horaria de 45 Horas.**

**ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE TUNJA A LOS 10 DÍAS DEL MES DE MAYO DEL 2025.  
VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.**

**Carlos Andrés Losada Meñaca**  
GERENTE GENERAL



**Dancy Sidney Monje Perez**  
REPRESENTANTE LEGAL

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.  
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 376 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD.  
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO [ACADEMICO@IMAVSS.COM](mailto:ACADEMICO@IMAVSS.COM) O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 321 405 9500.



**CERTIFICADO DE ANTECEDENTES**  
**CERTIFICADO ORDINARIO**  
**No. 271581718**



PIB  
14:54:33  
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 15 de mayo del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) LUZ AMANDA MAHECHA CALVO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1031170471:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

**NOTA:** El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: <https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx>

Carlos William Rodríguez Millán  
Jefe División de Relacionamento con el Ciudadano (C)

**ATENCIÓN :**

**ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD, VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.**

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL ,  
INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 15 de mayo de 2025, a las 14:55:23, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

|                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| Tipo Documento         | Cédula de Ciudadanía   |
| No. Identificación     | 1031170471             |
| Código de Verificación | 1031170471250515145523 |

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.



HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ  
Contralor Delegado



Portal de Servicios al Ciudadano PSC

# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 16/05/2025 09:28:34 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1031170471** y Nombre: **LUZ AMANDA MAHECHA CALVO.**

## NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **116015151** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Búsqueda

Imprimir

515 9000



**Policía Nacional de Colombia**  
Dirección General - Cra. 59 N° 26 - 21  
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.  
Línea de atención: 018000-910112





POLICÍA NACIONAL  
DE COLOMBIA

## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 02:53:43 PM horas del 15/05/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1031170471**

Apellidos y Nombres: **MAHECHA CALVO LUZ AMANDA**

### **NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**

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

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

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

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las [preguntas frecuentes](#) o acérquese a las [instalaciones de la Policía Nacional](#) más cercanas.



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



**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS  
COMUNICACIONES - MINTIC**

**CERTIFICA QUE**

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos REDAM, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1031170471 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 15/05/2025 03:29 PM



Código Verificación: **XLHSG84T5R**

Válida hasta: **13/08/2025**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS  
COMUNICACIONES - MINTIC**

## CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 15:10:36 horas del 15/05/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1031170471**, Apellidos y Nombres **MAHECHA CALVO LUZ AMANDA**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **e.s.e hospital santa ana**, con NIT **800254850-6** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la [Ley 1918 del 12/07/2018](#) "por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones" y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 "por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018", con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

<https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta>



## CONCEPTO OCUPACIONAL



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |      |                                                                              |                              |         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|---------|
| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |      |                                                                              | TIPO DE EXAMEN :             |         |
| DIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | MES  | AÑO                                                                          | EXAMEN PREEMPLEO ( INGRESO ) |         |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | MAYO | 2025                                                                         |                              |         |
| DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARA O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |      |                                                                              |                              |         |
| Nombre de la empresa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |      | E.S.E HOSPITAL SANTA ANA DE MUZO                                             |                              |         |
| DATOS DEL TRABAJADOR O ASPIRANTE (Tipo de documento de identificación CC cedula de ciudadanía, CE cedula extranjera, TI tarjeta de identidad, Pasaporte)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |      |                                                                              |                              |         |
| Nombres y apellidos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |      | Numero identificación                                                        | Genero                       | Edad    |
| LUZ AMANDA MAHECHA CALVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |      | 1.031.170.471                                                                | FEMENINA                     | 27 Años |
| Cargo : AUXILIAR DE ENFERMERIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |      |                                                                              |                              |         |
| CONCEPTO DE ACTITUD OCUPACIONAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |      |                                                                              |                              |         |
| <b>SIN DEFECTO FISICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD PARA LABOR ASIGNADA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |                                                                              |                              |         |
| observaciones: APTO PARA EL CARGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |      |                                                                              |                              |         |
| NO SE EVALUARON REQUISITOS DE SALUD (alturas, espacios confinados, manipulación de alimentos)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |      |                                                                              |                              |         |
| RESTRICCIONES LABORALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      | TIPO                                                                         | RECOMENDACIONES              |         |
| NO PRESENTA RESTRICCIONES LABORALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |      | NO APLICA                                                                    | NO APLICA                    |         |
| RECOMENDACIONES OCUPACIONALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |      | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE                                           |                              |         |
| PAUSAS ACTIVAS<br>EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO MUSCULAR<br>HIGIENE POSTURAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |      | PROMOVER HABITOS DE VIDA SALUDABLE<br>Realizar actividad fisica regularmente |                              |         |
| OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |      |                                                                              |                              |         |
| Consentimiento informado del aspirante o trabajador :Autorizo abajo al doctor (a)mencionado a realizar mi examen ocupacional registrando en este documento , el doctor (a) abajo mencionado me ha explicado la naturalidad y propósito del examen , he comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito ,los beneficios ,la interpretación ,las limitaciones y los riesgos del examen a partir de la asesoría brindada , entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento , fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados las respuestas dadas por mi examen son completas y verídicas , finalmente manifiesto que he leído y comprendo perfectamente o anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento . |      |                                                                              |                              |         |
| PROFESIONAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |      | ASPIRANTE O TRABAJADOR                                                       |                              |         |
| <br><b>Dr. Naira Miranda Martinez</b><br>Fisioterapeuta<br>Esp. Gerencia SST<br>RES-5328 CC:1014287573<br><br>DR. NAIRA MIRANDA MARTINEZ<br>MEDICO ESPECIALISTA SG-SST<br>R.M NAL.3005-90 RES.5328<br>CC.1014287573                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |      | FIRMA                                                                        |                              |         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |      | NOMBRE : LUZ AMANDA MAHECHA CALVO<br>CC : 1.031.170.471                      |                              |         |



## ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

### Resultados de la consulta

#### Información Básica del Afiliado :

| COLUMNAS                 | DATOS         |
|--------------------------|---------------|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN   | CC            |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 1031170471    |
| NOMBRES                  | LUZ AMANDA    |
| APELLIDOS                | MAHECHA CALVO |
| FECHA DE NACIMIENTO      | **/**/**      |
| DEPARTAMENTO             | BOYACA        |
| MUNICIPIO                | MUZO          |

#### Datos de afiliación :

| ESTADO | ENTIDAD               | REGIMEN      | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|--------|-----------------------|--------------|------------------------------|-------------------------------------|------------------|
| ACTIVO | COOSALUD EPS S.A. -CM | CONTRIBUTIVO | 17/03/2022                   | 31/12/2999                          | BENEFICIARIO     |

Fecha de Impresión: 05/15/2025 14:55:51 | Estación de origen: 192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES”.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado



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

En su condición de administradora del  
**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

**CERTIFICA QUE:**

**LUZ AMANDA MAHECHA CALVO**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.031.170.471**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 15 de Mayo del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



**-Tenga en cuenta:**

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