

**DATOS PERSONALES**

NOMBRE COMPLETO: PABLO IGNACIO MORENO ORTIZ

TIPO DE IDENTIFICACION: CC_X_ CE__ PAS__ NUMERO DE DOCUMENTO 93.239.487

EXPEDIDO EN: Ibagué CIUDAD Y FECHA DE NACIMIENTO: Ibagué 20 de marzo de 1985

EDAD: 39 años__ESTADO CIVIL: Soltero CIUDAD DE RESIDENCIA: Ibagué

DIRECCION DE RESIDENCIA: Calle 44 Número 6 a bis 44__ BARRIO: Villa Marlen 2

CELULAR: 3153063488 ESTRATO SOCIOECONOMICO 3 CORREO ELECTRONICO: Pablosaludynutricion@gmail.com NACIONALIDAD: Colombiano__

GRUPO ETNICO DANE (Raza): Mestizo __ Blanco__ Afrocolombiano__Indígena__Otros grupos__

PERMISO PARA TRABAJAR EN COLOMBIA: SI_X_ NO__ GENERO: HOMBRE_X_ MUJER__

RH: o+__ CABEZA MADRE O PADRE DE FAMILIA: SI__ NO_X_ No. HIJOS: ___0____

**COMPOSICIÓN FAMILIAR**

*Núcleo familiar que vivan con el candidato(a)*

| NOMBRE COMPLETO | FECHA DE NACIMIENTO | PARENTESCO | EDAD | OCUPACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| Luz Stella Ortiz de Moreno | 6-12-1954 | Madre | 70 | Ama de casa |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

**INFORMACIÓN ACADEMICA**

*Educación formal: Bachiller, técnico, profesional, especialización, maestría.*

Marque con una x el último grado aprobado

**EDUCACIÓN BASICA Y MEDIA**

| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | |
| | | | | | | | | | | x | 2-12-2003 |

**EDUCACIÓN SUPERIOR**

| MODALIDAD ACADEMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | EN CURSO | | TITULO OBTENIDO | TERMINACIÓN | | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | | MES | AÑO | |
| Presencial | 10 | | X | Enfermero | 07 | 2010 | 28934 |
| Virtual | 1 | x | | Magister en Gerencia de la Salud | | | |

**OTRO ESTUDIOS**

*Educación no formal (diplomados, cursos, seminarios)*

| MODALIDAD ACADEMICA | EN CURSO | | TITULO OBTENIDO | TERMINACIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | | MES | AÑO |
| Virtual | | x | Higiene y manipulación de alimentos | Septiembre | 2019 |
| Virtual | | x | Diplomado en prevención y promoción de la salud | Mayo | 2015 |
| Virtual | | X | Diplomado referente técnico en atención a la primera infancia | Enero | 2015 |
| Virtual | | X | Técnico Profesional en nutrición Infantil | Junio | 2014 |

**EXPERENCIA LABORAL**

*Registrar de la más reciente a la más antigua*

| **EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE** | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **EMPRESA O ENTIDAD** | | | | | **PUBLICA** | | **PRIVADA** | | **JEFE INMEDIATO** | | | |
| CID CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO | | | | | | | x | | DANIEL FORERO | | | |
| **DEPARTAMENTO/MUNICIPIO** | **CONTACTO TELEFONICO ENTIDAD** | | | | | | **CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD** | | | | | |
| ANTIOQUIA (Apartadó, Mutatá, Chigorodó, Turbo, Acandí) | 601 738 9246 | | | | | | cid@cid.org.co | | | | | |
| **DIRECCIÓN ENTIDAD** | **FECHA DE INGRESO** | | | | | | **FECHA DE RETIRO** | | | | | |
| Calle 24D # 40-29 | **DIA** | **24** | **MES** | **06** | **AÑO** | **2024** | **DIA** | **30** | **MES** | **12** | **AÑO** | **2024** |
| **CARGO** | **TIPO DE CONTRATO** | | | | | | **MOTIVO DE RETIRO** | | | | | |
| Profesional de Salud Desarrollo de Capacidades Medida de Reparación en Salud | Prestación de Servicios | | | | | | En proceso | | | | | |
| **PRINCIPALES FUNCIONES DESARROLLADAS** | -Generar procesos de asesorías en salud dirigida a las entidades de salud que atiende a los beneficiarios de las 9 Sentencias de la Corte Interoamericana de Derechos Humanos.<br>-Realizar encuentros comunitarios de población de las 9 Sentencias de la Corte Interoamericana de Derechos Humanos<br>-- Participar activamente en el desarrollo del Proceso de Gestión Estratégica [particularmente el componente de gestión de la calidad.<br>- Apoyar cuando sea necesario y según indicaciones del equipo coordinador nacional el desarrollo del Proceso de Gestión Estratégica. | | | | | | | | | | | |

| **EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE** | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **EMPRESA O ENTIDAD** | | | | | **PUBLICA** | | **PRIVADA** | | **JEFE INMEDIATO** | | | |
| CID CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO | | | | | | | x | | ALEJANDRA DIAZ | | | |
| **DEPARTAMENTO/MUNICIPIO** | **CONTACTO TELEFONICO ENTIDAD** | | | | | | **CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD** | | | | | |
| ANTIOQUIA (Apartadó, Mutatá, Chigorodó, Turbo, Acandí) | 601 738 9246 | | | | | | cid@cid.org.co | | | | | |
| **DIRECCIÓN ENTIDAD** | **FECHA DE INGRESO** | | | | | | **FECHA DE RETIRO** | | | | | |
| Calle 24D # 40-29 | **DIA** | **17** | **MES** | **11** | **AÑO** | **2023** | **DIA** | **15** | **MES** | **02** | **AÑO** | **2024** |
| **CARGO** | **TIPO DE CONTRATO** | | | | | | **MOTIVO DE RETIRO** | | | | | |
| Profesional de Salud Medida de Reparación en Salud | Prestación de Servicios | | | | | | Terminación de Contrato | | | | | |

| | |
|---|---|
| **PRINCIPALES FUNCIONES DESARROLLADAS** | -Apoyar el desarrollo del Proceso de Alistamiento, particularmente llevando a cabo la actualización del Análisis de Contexto y de la Matriz de Oferta Institucional del territorio asignado.<br>-Llevar a cabo las actividades establecidas para el desarrollo del Proceso de Focalización. Lo anterior, conforme a los Estudios Previos, el Anexo de Especificaciones Técnicas<br>- Llevar a cabo las actividades establecidas para el desarrollo del Proceso de Atención integral, conforme a los Estudios Previos, el Anexo de Especificaciones Técnicas y Anexo de Costos del Convenio<br>- Mantener la articulación de las acciones con las establecidas en el Proceso de Desarrollo de Capacidades manteniendo comunicación permanente con el equipo de Desarrollo de Capacidades asignado al territorio.<br>- Participar activamente en el desarrollo del Proceso de Gestión Estratégica [particularmente el componente de gestión de la calidad.<br>- Apoyar cuando sea necesario y según indicaciones del equipo coordinador nacional el desarrollo del Proceso de Gestión Estratégica. |

| **EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE** | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **EMPRESA O ENTIDAD** | | | | | **PUBLICA** | | **PRIVADA** | | **JEFE INMEDIATO** | | | |
| CID CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO | | | | | | | x | | ALEJANDRA DIAZ | | | |
| **DEPARTAMENTO/MUNICIPIO** | **CONTACTO TELEFONICO ENTIDAD** | | | | | | **CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD** | | | | | |
| ANTIOQUIA (Apartadó, Mutatá, Chigorodó, Turbo, Acandí) | 601 738 9246 | | | | | | cid@cid.org.co | | | | | |
| **DIRECCIÓN ENTIDAD** | **FECHA DE INGRESO** | | | | | | **FECHA DE RETIRO** | | | | | |
| Calle 24D # 40-29 | **DIA** | **14** | **MES** | **07** | **AÑO** | **2023** | **DIA** | **31** | **MES** | **10** | **AÑO** | **2023** |
| **CARGO** | **TIPO DE CONTRATO** | | | | | | **MOTIVO DE RETIRO** | | | | | |
| Profesional de Salud Medida de Reparación en Salud | Prestación de Servicios | | | | | | Terminación de Contrato | | | | | |
| **PRINCIPALES FUNCIONES DESARROLLADAS** | -Apoyar el desarrollo del Proceso de Alistamiento, particularmente llevando a cabo la actualización del Análisis de Contexto y de la Matriz de Oferta Institucional del territorio asignado.<br>-Llevar a cabo las actividades establecidas para el desarrollo del Proceso de Focalización. Lo anterior, conforme a los Estudios Previos, el Anexo de Especificaciones Técnicas<br>- Llevar a cabo las actividades establecidas para el desarrollo del Proceso de Atención integral, conforme a los Estudios Previos, el Anexo de Especificaciones Técnicas y Anexo de Costos del Convenio<br>- Mantener la articulación de las acciones con las establecidas en el Proceso de Desarrollo de Capacidades manteniendo comunicación permanente con el equipo de Desarrollo de Capacidades asignado al territorio.<br>- Participar activamente en el desarrollo del Proceso de Gestión Estratégica [particularmente el componente de gestión de la calidad.<br>- Apoyar cuando sea necesario y según indicaciones del equipo coordinador nacional el desarrollo del Proceso de Gestión Estratégica. | | | | | | | | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| Corporación Infancia y Desarrollo | **HOJA DE VIDA CID** | ***CÓDIGO: FO-GH-01-06-04***<br>***FUMD: 27/05/2022*** |

| **EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE** | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **EMPRESA O ENTIDAD** | | | | **PUBLICA** | | **PRIVADA** | | **JEFE INMEDIATO** | | | | |
| CID CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO | | | | | | x | | ALEJANDRA DIAZ | | | | |
| **DEPARTAMENTO/MUNICIPIO** | **CONTACTO TELEFONICO ENTIDAD** | | | | | **CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD** | | | | | | |
| ANTIOQUIA (Apartadó, Mutatá, Chigorodó, Turbo, Acandí) | 601 738 9246 | | | | | cid@cid.org.co | | | | | | |
| **DIRECCIÓN ENTIDAD** | **FECHA DE INGRESO** | | | | | **FECHA DE RETIRO** | | | | | | |
| Calle 24D # 40-29 | **DIA** | **13** | **MES** | **01** | **AÑO** | **2023** | **DIA** | **30** | **MES** | **06** | **AÑO** | **2023** |
| **CARGO** | **TIPO DE CONTRATO** | | | | | **MOTIVO DE RETIRO** | | | | | | |
| Profesional de Salud Medida de Reparación en Salud | Prestación de Servicios | | | | | Terminación de Contrato | | | | | | |
| **PRINCIPALES FUNCIONES DESARROLLADAS** | -Apoyar el desarrollo del Proceso de Alistamiento, particularmente llevando a cabo la actualización del Análisis de Contexto y de la Matriz de Oferta Institucional del territorio asignado.<br>-Llevar a cabo las actividades establecidas para el desarrollo del Proceso de Focalización. Lo anterior, conforme a los Estudios Previos, el Anexo de Especificaciones Técnicas<br>- Llevar a cabo las actividades establecidas para el desarrollo del Proceso de Atención integral, conforme a los Estudios Previos, el Anexo de Especificaciones Técnicas y Anexo de Costos del Convenio<br>- Mantener la articulación de las acciones con las establecidas en el Proceso de Desarrollo de Capacidades manteniendo comunicación permanente con el equipo de Desarrollo de Capacidades asignado al territorio.<br>- Participar activamente en el desarrollo del Proceso de Gestión Estratégica [particularmente el componente de gestión de la calidad.<br>- Apoyar cuando sea necesario y según indicaciones del equipo coordinador nacional el desarrollo del Proceso de Gestión Estratégica. | | | | | | | | | | | |

| **EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR** | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **EMPRESA O ENTIDAD** | | | | **PUBLICA** | | **PRIVADA** | | **JEFE INMEDIATO** | | | | |
| ALCALDIA DE VALLE DE SAN JUAN | | | | X | | | | Ángela Suárez | | | | |
| **DEPARTAMENTO/MUNICIPIO** | **CONTACTO TELEFONICO ENTIDAD** | | | | | **CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD** | | | | | | |
| Tolima/Valle de San Juan | 3103061648 | | | | | salud@valledesanjuan-tolima.gov.co | | | | | | |
| **DIRECCIÓN ENTIDAD** | **FECHA DE INGRESO** | | | | | **FECHA DE RETIRO** | | | | | | |
| CARRERA 4 6 20 | **DIA** | **06** | **MES** | **07** | **AÑO** | **2022** | **DIA** | **31** | **MES** | **12** | **AÑO** | **2022** |
| **CARGO** | **TIPO DE CONTRATO** | | | | | **MOTIVO DE RETIRO** | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Profesional de Salud Pública en acciones de Inspección, Vigilancia y Control | Prestación de Servicios | | | | | | Terminación de Contrato | | | | | |
| **PRINCIPALES FUNCIONES DESARROLLADAS** | Prestación de servicios profesionales en la Secretaría de Desarrollo Social en la ejecución de actividades de inspección, vigilancia, control y seguimiento de la dimensión de vida saludable y condiciones no transmisibles, seguridad alimentaria y nutricional, sexualidad y derechos sexuales y reproductivos, vida saludable y enfermedades transmisibles, salud pública en emergencias y desastres. | | | | | | | | | | | |
| **EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR** | | | | | | | | | | | | |
| **EMPRESA O ENTIDAD** | | | | | **PUBLICA** | | **PRIVADA** | | **JEFE INMEDIATO** | | | |
| ALCALDIA DE VALLE DE SAN JUAN | | | | | X | | | | Ángela Suárez | | | |
| **DEPARTAMENTO/MUNICIPIO** | **CONTACTO TELEFONICO ENTIDAD** | | | | | | **CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD** | | | | | |
| Tolima/Valle de San Juan | 3103061648 | | | | | | salud@valledesanjuan-tolima.gov.co | | | | | |
| **DIRECCIÓN ENTIDAD** | **FECHA DE INGRESO** | | | | | | **FECHA DE RETIRO** | | | | | |
| CARRERA 4 6 20 | **DIA** | 25 | **MES** | 01 | **AÑO** | 2022 | **DIA** | 30 | **MES** | 06 | **AÑO** | 2022 |
| **CARGO** | **TIPO DE CONTRATO** | | | | | | **MOTIVO DE RETIRO** | | | | | |
| Profesional de Salud Pública en acciones de Inspección, Vigilancia y Control | Prestación de Servicios | | | | | | Terminación de Contrato | | | | | |
| **PRINCIPALES FUNCIONES DESARROLLADAS** | Prestación de servicios profesionales en la Secretaría de Desarrollo Social en la ejecución de actividades de inspección, vigilancia, control y seguimiento de la dimensión de vida saludable y condiciones no transmisibles, seguridad alimentaria y nutricional, sexualidad y derechos sexuales y reproductivos, vida saludable y enfermedades transmisibles, salud pública en emergencias y desastres. | | | | | | | | | | | |
| **EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR** | | | | | | | | | | | | |
| **EMPRESA O ENTIDAD** | | | | | **PUBLICA** | | **PRIVADA** | | **JEFE INMEDIATO** | | | |
| ALCALDIA DE VALLE DE SAN JUAN | | | | | X | | | | Ángela Suárez | | | |
| **DEPARTAMENTO/MUNICIPIO** | **CONTACTO TELEFONICO ENTIDAD** | | | | | | **CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD** | | | | | |
| Tolima/Valle de San Juan | 3103061648 | | | | | | salud@valledesanjuan-tolima.gov.co | | | | | |
| **DIRECCIÓN ENTIDAD** | **FECHA DE INGRESO** | | | | | | **FECHA DE RETIRO** | | | | | |
| CARRERA 4 6 20 | **DIA** | 03 | **MES** | 08 | **AÑO** | 2021 | **MES** | 31 | **DIA** | 12 | **MES** | 2021 |
| **CARGO** | **TIPO DE CONTRATO** | | | | | | **MOTIVO DE RETIRO** | | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| Profesional de Salud Pública en acciones de Inspección, Vigilancia y Control | Prestación de Servicios | Terminación de Contrato |
| **PRINCIPALES FUNCIONES DESARROLLADAS** | Prestación de servicios profesionales en la Secretaría de Desarrollo Social en la ejecución de actividades de inspección, vigilancia, control y seguimiento de la dimensión de vida saludable y condiciones no transmisibles, seguridad alimentaria y nutricional, sexualidad y derechos sexuales y reproductivos, vida saludable y enfermedades transmisibles, salud pública en emergencias y desastres. | |

| **EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR** | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **EMPRESA O ENTIDAD** | | | **PUBLICA** | **PRIVADA** | **JEFE INMEDIATO** | | | | | | | |
| ALCALDIA DE VALLE DE SAN JUAN | | | X | | Ángela Suárez | | | | | | | |
| **DEPARTAMENTO/MUNICIPIO** | **CONTACTO TELEFONICO ENTIDAD** | | | | | | **CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD** | | | | | |
| Tolima/Valle de San Juan | 3103061648 | | | | | | salud@valledesanjuan-tolima.gov.co | | | | | |
| **DIRECCIÓN ENTIDAD** | **FECHA DE INGRESO** | | | | | | **FECHA DE RETIRO** | | | | | |
| CARRERA 4 6 20 | **DIA** | 16 | **MES** | 01 | **AÑO** | 2021 | **DIA** | 31 | **MES** | 07 | **AÑO** | 2021 |
| **CARGO** | **TIPO DE CONTRATO** | | | | | | **MOTIVO DE RETIRO** | | | | | |
| Profesional de Salud Pública en acciones de Inspección, Vigilancia y Control | Prestación de Servicios | | | | | | Terminación de Contrato | | | | | |
| **PRINCIPALES FUNCIONES DESARROLLADAS** | Prestación de servicios profesionales en la Secretaría de Desarrollo Social en la ejecución de actividades de inspección, vigilancia, control y seguimiento de la dimensión de vida saludable y condiciones no transmisibles, seguridad alimentaria y nutricional, sexualidad y derechos sexuales y reproductivos, vida saludable y enfermedades transmisibles, salud pública en emergencias y desastres. | | | | | | | | | | | |

| **EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE** | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **EMPRESA O ENTIDAD** | | | **PUBLICA** | **PRIVADA** | **JEFE INMEDIATO** | | | | | | | |
| ALCALDIA DE VALLE DE SAN JUAN | | | X | | Ángela Suárez | | | | | | | |
| **DEPARTAMENTO/MUNICIPIO** | **CONTACTO TELEFONICO ENTIDAD** | | | | | | **CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD** | | | | | |
| Tolima/Valle de San Juan | 3103061648 | | | | | | salud@valledesanjuan-tolima.gov.co | | | | | |
| **DIRECCIÓN ENTIDAD** | **FECHA DE INGRESO** | | | | | | **FECHA DE RETIRO** | | | | | |
| CARRERA 4 6 20 | **DIA** | 18 | **MES** | 08 | **AÑO** | 2020 | **DIA** | 31 | **MES** | 12 | **AÑO** | 2020 |

| CARGO | TIPO DE CONTRATO | MOTIVO DE RETIRO |
|---|---|---|
| Profesional de Salud Pública en acciones de Inspección, Vigilancia y Control | Prestación de Servicios | Terminación de Contrato |
| **PRINCIPALES FUNCIONES DESARROLLADAS** | Prestación de servicios profesionales en la Secretaría de Desarrollo Social en la ejecución de actividades de inspección, vigilancia, control y seguimiento de la dimensión de vida saludable y condiciones no transmisibles, seguridad alimentaria y nutricional, sexualidad y derechos sexuales y reproductivos, vida saludable y enfermedades transmisibles, salud pública en emergencias y desastres. | |

| **EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE** | | | |
|---|---|---|---|
| **EMPRESA O ENTIDAD** | **PUBLICA** | **PRIVADA** | **JEFE INMEDIATO** |
| ALCALDIA DE VALLE DE SAN JUAN | X | | Ángela Suárez |

| **DEPARTAMENTO/MUNICIPIO** | **CONTACTO TELEFONICO ENTIDAD** | **CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD** |
|---|---|---|
| Tolima/Valle de San Juan | 3103061648 | salud@valledesanjuan-tolima.gov.co |

| **DIRECCIÓN ENTIDAD** | **FECHA DE INGRESO** | | | | | | **FECHA DE RETIRO** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CARRERA 4 6 20 | **DIA** | 17 | **MES** | 04 | **AÑO** | 2020 | **DIA** | 16 | **MES** | 08 | **AÑO** | 2020 |

| **CARGO** | **TIPO DE CONTRATO** | **MOTIVO DE RETIRO** |
|---|---|---|
| Profesional de Salud Pública en acciones de Inspección, Vigilancia y Control | Prestación de Servicios | Terminación de Contrato |
| **PRINCIPALES FUNCIONES DESARROLLADAS** | Prestación de servicios profesionales en la Secretaría de Desarrollo Social en la ejecución de actividades de inspección, vigilancia, control y seguimiento de la dimensión de vida saludable y condiciones no transmisibles, seguridad alimentaria y nutricional, sexualidad y derechos sexuales y reproductivos, vida saludable y enfermedades transmisibles, salud pública en emergencias y desastres. | |

| **EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE** | | | |
|---|---|---|---|
| **EMPRESA O ENTIDAD** | **PUBLICA** | **PRIVADA** | **JEFE INMEDIATO** |
| FUNDACION IMIX | | X | Eugenia Rojas |

| **DEPARTAMENTO/MUNICIPIO** | **CONTACTO TELEFONICO ENTIDAD** | **CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD** |
|---|---|---|
| Tolima/Coello, Guamo, Espinal, Ortega | 312 450 2066 | fundacionimix@gmail.com |
| **DIRECCIÓN ENTIDAD** | **FECHA DE INGRESO** | **FECHA DE RETIRO** |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cra 3 No 42-91 B/ Casa Club | **DIA** | 01 | **MES** | 07 | **AÑO** | 2019 | **DIA** | 10 | **MES** | 04 | **AÑO** | 2020 |
| **CARGO** | **TIPO DE CONTRATO** | | | | | | **MOTIVO DE RETIRO** | | | | | |
| Coordinador Modalidad Mil días- acciones de salud pública para la recuperación nutricional en articulación con el ICBF | Prestación de Servicios | | | | | | Terminación de Contrato | | | | | |
| **PRINCIPALES FUNCIONES DESARROLLADAS** | -Realizar gestión interinstitucional para la atención de beneficiarios en la modalidad mil días para cambiar el mundo en estado de desnutrición y bajo peso.<br>-coordinar al equipo interdisciplinario para la atención de beneficiarios<br>-ser enlace permanente del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.<br>-Activar la ruta de remisión de casos de violencia intrafamiliar o negligencia que vulnere los derechos de los participantes. | | | | | | | | | | | |

| **EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE** | | | |
|---|---|---|---|
| **EMPRESA O ENTIDAD** | **PUBLICA** | **PRIVADA** | **JEFE INMEDIATO** |
| CORPORACION UNIVERSITARIA AMERICANA | | x | Darwin de la Hoz |
| **DEPARTAMENTO/MUNICIPIO** | **CONTACTO TELEFONICO ENTIDAD** | **CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD** | |
| Tolima/Coyaima-Natagaima | 3851027 ext. 337 | iberoamericana@ibero.edu.co | |
| **DIRECCIÓN ENTIDAD** | **FECHA DE INGRESO** | **FECHA DE RETIRO** | |
| Calle 72 No 41C- 64 Barranquilla | **DIA** 04 **MES** 07 **AÑO** 2019 | **DIA** 15 **MES** 12 **AÑO** 2019 | |
| **CARGO** | **TIPO DE CONTRATO** | **MOTIVO DE RETIRO** | |
| Tutor Diploma gestión de riesgos en la primera infancia | Prestación de Servicios | Terminación de contrato | |
| **PRINCIPALES FUNCIONES DESARROLLADAS** | Brindar la planeación y desarrollo del diplomado a agentes comunitarias del ICBF frente a la gestión de riesgos de la primera infancia. | | |

| **EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE** | | | |
|---|---|---|---|
| **EMPRESA O ENTIDAD** | **PUBLICA** | **PRIVADA** | **JEFE INMEDIATO** |
| ASOCIACION CRISTIANA DE JOVENES | | x | Luz Ayda Gómez |
| **DEPARTAMENTO/MUNICIPIO** | **CONTACTO TELEFONICO ENTIDAD** | **CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD** | |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tolima/Ibagué | 3105793371 | | | | | | luzaydagomez@ymcatolima.gov | | | | | |
| **DIRECCIÓN ENTIDAD** | **FECHA DE INGRESO** | | | | | | **FECHA DE RETIRO** | | | | | |
| Av 15. No 2-67 | **DIA** | 01 | **MES** | 05 | **AÑO** | 2016 | **DIA** | 30 | **MES** | 09 | **AÑO** | 2018 |
| **CARGO** | **TIPO DE CONTRATO** | | | | | | **MOTIVO DE RETIRO** | | | | | |
| Profesional en Enfermería ONG Discapacidad | Prestación de Servicios | | | | | | Terminación de contrato | | | | | |
| **PRINCIPALES FUNCIONES DESARROLLADAS** | -Enfermero en atención a la infancia, adolescencia y juventud en programa de protección del ICBF.<br>- Coordinar con las entidades de salud para la atención integral a niños, niñas adolescentes y jóvenes bajo protección del ICBF. | | | | | | | | | | | |
| **EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE** | | | | | | | | | | | | |
| **EMPRESA O ENTIDAD** | | | | | | **PUBLICA** | **PRIVADA** | **JEFE INMEDIATO** | | | | |
| CORPORACION GESTION Y ACCION SOCIAL | | | | | | | x | Rosa Galeano | | | | |
| **DEPARTAMENTO/MUNICIPIO** | **CONTACTO TELEFONICO ENTIDAD** | | | | | | **CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD** | | | | | |
| Tolima/Ibagué | 6943143 | | | | | | Corp.gestionyaccionsocial@gmail.com | | | | | |
| **DIRECCIÓN ENTIDAD** | **FECHA DE INGRESO** | | | | | | **FECHA DE RETIRO** | | | | | |
| CALLE 109 N 20 A 46 -BUCARAMANGA | **DIA** | 26 | **MES** | 10 | **AÑO** | 2015 | **DIA** | 19 | **MES** | 12 | **AÑO** | 2015 |
| **CARGO** | **TIPO DE CONTRATO** | | | | | | **MOTIVO DE RETIRO** | | | | | |
| Tallerista Salud Sexual y Reproductiva | Prestación de Servicios | | | | | | Terminación de contrato | | | | | |
| **PRINCIPALES FUNCIONES DESARROLLADAS** | Implementar acciones de formación y fortalecimiento de la participación ciudadana de NNAJ para la promoción de derechos sexuales y reproductivos y la prevención del embarazo en la adolescencia", en las ciudades de Ibagué, Girardot y Neiva | | | | | | | | | | | |
| **EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE** | | | | | | | | | | | | |
| **EMPRESA O ENTIDAD** | | | | | | **PUBLICA** | **PRIVADA** | **JEFE INMEDIATO** | | | | |
| GENTE OPORTUNA | | | | | | | x | Liliana Castaño Orjuela | | | | |
| **DEPARTAMENTO/MUNICIPIO** | **CONTACTO TELEFONICO ENTIDAD** | | | | | | **CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD** | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Valle del Cauca/Candelaria | 446-8888 | | | | | | servicioalcliente@grupovaru.com | | | | | |
| **DIRECCIÓN ENTIDAD** | **FECHA DE INGRESO** | | | | | | **FECHA DE RETIRO** | | | | | |
| CRA 62#12-78 (EDIFICIO PRINCIPAL) Bogotá | **DIA** | 18 | **MES** | 03 | **AÑO** | 2015 | **DIA** | 23 | **MES** | 10 | **AÑO** | 2015 |
| **CARGO** | **TIPO DE CONTRATO** | | | | | | **MOTIVO DE RETIRO** | | | | | |
| Profesional de salud y nutrición | Prestación de Servicios | | | | | | Terminación de Contrato | | | | | |
| **PRINCIPALES FUNCIONES DESARROLLADAS** | -Desarrollar actividades de promoción en la salud nutricional en instituciones educativas y entornos saludables a adolescentes y jóvenes.<br>-Remitir a instituciones de salud de los casos identificados de mal nutrición en los adolescentes y jóvenes participantes del programa. | | | | | | | | | | | |
| **EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE** | | | | | | | | | | | | |
| **EMPRESA O ENTIDAD** | | | | | **PUBLICA** | | **PRIVADA** | | **JEFE INMEDIATO** | | | |
| CORPORACION DIA DE LA NIÑEZ | | | | | | | x | | Patricia Duque | | | |
| **DEPARTAMENTO/MUNICIPIO** | **CONTACTO TELEFONICO ENTIDAD** | | | | | | **CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD** | | | | | |
| Valle del Cauca/Cali | 755 0162 | | | | | | corporaciondiadelaninez@ninez.org.co | | | | | |
| **DIRECCIÓN ENTIDAD** | **FECHA DE INGRESO** | | | | | | **FECHA DE RETIRO** | | | | | |
| Calle 97 NO 60D-86 /Bogotá | **DIA** | 12 | **MES** | 05 | **AÑO** | 2014 | **DIA** | 01 | **MES** | 08 | **AÑO** | 2014 |
| **CARGO** | **TIPO DE CONTRATO** | | | | | | **MOTIVO DE RETIRO** | | | | | |
| Encargo de coordinador nacional en Salud y Nutrición | Prestación de Servicios | | | | | | Terminación de Contrato | | | | | |
| **PRINCIPALES FUNCIONES DESARROLLADAS** | -Brindar asistencia técnica en salud y nutrición a la modalidad de Ludotecas Naves Itinerantes, dirigida a población de primera infancia y gestantes.<br>- Remitir a instituciones de salud de los casos identificados de mal nutrición en beneficiarios del programa. | | | | | | | | | | | |
| **EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE** | | | | | | | | | | | | |
| **EMPRESA O ENTIDAD** | | | | | **PUBLICA** | | **PRIVADA** | | **JEFE INMEDIATO** | | | |
| CORPORACION DIA DE LA NIÑEZ | | | | | | | x | | Patricia Duque | | | |
| **DEPARTAMENTO/MUNICIPIO** | **CONTACTO TELEFONICO ENTIDAD** | | | | | | **CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD** | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Valle del Cauca/Cali | 755 0162 | | | | | | corporaciondiadelaninez@ninez.org.co | | | | | |
| **DIRECCIÓN ENTIDAD** | **FECHA DE INGRESO** | | | | | | **FECHA DE RETIRO** | | | | | |
| Calle 97 NO 60D-86 /Bogotá | **DIA** | 09 | **MES** | 12 | **AÑO** | 2013 | **DIA** | 01 | **MES** | 08 | **AÑO** | 2014 |
| **CARGO** | **TIPO DE CONTRATO** | | | | | | **MOTIVO DE RETIRO** | | | | | |
| Asistente Técnico en Salud y Nutrición | Prestación de Servicios | | | | | | Terminación de Contrato | | | | | |
| **PRINCIPALES FUNCIONES DESARROLLADAS** | -Brindar asistencia técnica en salud y nutrición a la modalidad de Ludotecas Naves Itinerantes, dirigida a población de primera infancia y gestantes.<br>- Remitir a instituciones de salud de los casos identificados de mal nutrición en beneficiarios del programa. | | | | | | | | | | | |
| **EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE** | | | | | | | | | | | | |
| **EMPRESA O ENTIDAD** | | | | | **PUBLICA** | | **PRIVADA** | | **JEFE INMEDIATO** | | | |
| CORPORACION DIA DE LA NIÑEZ | | | | | | | x | | Margarita Rosa Villanueva | | | |
| **DEPARTAMENTO/MUNICIPIO** | **CONTACTO TELEFONICO ENTIDAD** | | | | | | **CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD** | | | | | |
| Tolima/Ibagué | 755 0162 | | | | | | corporaciondiadelaninez@ninez.org.co | | | | | |
| **DIRECCIÓN ENTIDAD** | **FECHA DE INGRESO** | | | | | | **FECHA DE RETIRO** | | | | | |
| Calle 97 NO 60D-86 /Bogotá | **DIA** | 01 | **MES** | 07 | **AÑO** | 2012 | **DIA** | 31 | **MES** | 12 | **AÑO** | 2012 |
| **CARGO** | **TIPO DE CONTRATO** | | | | | | **MOTIVO DE RETIRO** | | | | | |
| Apoyo en Salud y Nutrición | Prestación de Servicios | | | | | | Terminación de Contrato | | | | | |
| **PRINCIPALES FUNCIONES DESARROLLADAS** | -Brindar atención en salud y nutrición a la modalidad de Ludotecas Naves Itinerantes, dirigida a población de primera infancia y gestantes.<br>- Remitir a instituciones de salud de los casos identificados de mal nutrición en beneficiarios del programa. | | | | | | | | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| Corporación Infancia y Desarrollo | ***HOJA DE VIDA CID*** | ***CÓDIGO: FO-GH-01-06-04***<br>***FUMD: 27/05/2022*** |

| **EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE** | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **EMPRESA O ENTIDAD** | | | | **PUBLICA** | | **PRIVADA** | | **JEFE INMEDIATO** | | | | |
| CODIME-Cooperativa de Trabajo Asociado | | | | | | x | | Doris Abello | | | | |
| **DEPARTAMENTO/MUNICIPIO** | **CONTACTO TELEFONICO ENTIDAD** | | | | | **CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD** | | | | | | |
| Tolima/Ibagué | 266 2175 | | | | | codimeib@gmail.com | | | | | | |
| **DIRECCIÓN ENTIDAD** | **FECHA DE INGRESO** | | | | | **FECHA DE RETIRO** | | | | | | |
| Cra 5 con calle 42 esquina | **DIA** | 10 | **MES** | 09 | **AÑO** 2010 | **DIA** | 30 | **MES** | 06 | **AÑO** | 2012 | |
| **CARGO** | **TIPO DE CONTRATO** | | | | | **MOTIVO DE RETIRO** | | | | | | |
| Jefe de enfermería Promoción y Prevención | Prestación de Servicios | | | | | Terminación de Contrato | | | | | | |
| **PRINCIPALES FUNCIONES DESARROLLADAS** | -Brindar atención en promoción de la salud y prevención de la Enfermedad en asocio con el Centro Oftalmológico de Ibagué.<br>- Atención en crecimiento y desarrollo, planificación familiar, control de hipertensos y enfermedades crónicas. | | | | | | | | | | | |

## REFERENCIAS PERSONALES

| NOMBRE COMPLETO | PROFESIÓN/OCUPACIÓN | TELEFONO DE CONTACTO |
|---|---|---|
| **Diana Alexandra Moreno** | **Psicóloga** | **318 390 8218** |
| **Francis Antonio Lozano** | **Ingeniero Forestal** | **321 446 4175** |

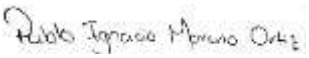
## REFERENCIAS PROFESIONALES

| NOMBRE COMPLETO | PROFESIÓN/OCUPACIÓN | TELEFONO DE CONTACTO |
|---|---|---|
| **Ángela Suarez** | **Psicóloga** | 310 306 1648 |
| **Patricia Villamizar** | **Psicóloga** | 316 874 2815 |

**CONTACTOS EN CASO DE EMERGENCIA**

| NOMBRE COMPLETO | DIRECCIÓN | TELEFONO |
|---|---|---|
| Luz Estela Ortiz | Calle 44 No 6 a bis 44 | 316 489 7794 |
| Blanca Dilia Ortiz | Calle 64 No 10 a -23 | 315 794 9204 |

**Nombre del candidato: Pablo Ignacio Moreno Ortiz**

**Firma del candidato:** 

**No. De cédula del candidato: 93.239.487**

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES |
|---|---|---|
| Moreno | Ortiz | Pablo Ignacio |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | SEXO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C. X C.E. PAS No. 93239487 | F M X | COL. X EXTRANJERO | COLOMBIA |

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE X SEGUNDA CLASE NÚMERO 93239487 D.M. 6

**FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO**

FECHA: DIA 20 MES 03 AÑO 1985

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: TOLIMA

MUNICIPIO: IBAGUÉ

**DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA**

carrea 6 numero 44-49 casa

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: TOLIMA

MUNICIPIO: IBAGUÉ

TELÉFONO: EMAIL: pablosaludynutricion@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 | BASICA SECUNDARIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° | MES | 12 | AÑO | 2003 |
| | | | | | | | | | | X | | | | |

***EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)***

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

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

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

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

| MODALIDAD ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO | | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN | | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | | MES | AÑO | |
| UN | 10 | X | | ENFERMERO | 07 | 2010 | 28934 |
| MG | 1 | | X | MG. EN GERENCIA DE LA SALUD | | | En proceso |

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

| IDIOMA | LO HABLA | | | LO LEE | | | LO ESCRIBE | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | R | B | MB | R | B | MB | R | B | MB |
| Ingles | | X | | | X | | | X | |
| Alemán | | X | | | X | | | X | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

**3 EXPERIENCIA LABORAL**

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

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>CID CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>ANTIOQUIA | *MUNICIPIO*<br>APARTADÓ | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*<br>*cid@cid.org.co* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>6017389246 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 24 | *Mes* | 06 | *Año* | 2024 | *Día* | 30 | *Mes* | 10 | *Año* | 2024 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>PROFESIONAL DESARROLLO DE CAPACIDADES SALUD | *DEPENDENCIA*<br>AREA SALUD | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 24D 40 29 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>CID CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>ANTIOQUIA | *MUNICIPIO*<br>APARTADÓ | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*<br>*cid@cid.org.co* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>6017389246 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 14 | *Mes* | 07 | *Año* | 2023 | *Día* | 15 | *Mes* | 02 | *Año* | 2024 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>PROFESIONAL DE SALUD MEDIDA DE REPARACION EN SALUD | *DEPENDENCIA*<br>AREA SALUD | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 24D 40 29 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>CID CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>ANTIOQUIA | *MUNICIPIO*<br>APARTADÓ | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*<br>*cid@cid.org.co* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>6017389246 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 13 | *Mes* | 01 | *Año* | 2023 | *Día* | 30 | *Mes* | 06 | *Año* | 2023 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>PROFESIONAL DE SALUD MEDIDA DE REPARACION EN SALUD | *DEPENDENCIA*<br>APS - SALUD PUBLICA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 24D 40 29 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ALCALDIA DE VALLE DE SAN JUAN | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>TOLIMA | *MUNICIPIO*<br>VALLE DE SAN JUAN | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*<br>salud@valledesanjuan-tolima.gov.co | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3103061648 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 06 | *Mes* | 07 | *Año* | 2022 | *Día* | 31 | *Mes* | 12 | *Año* | 2022 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>PROFESIONAL DE SALUD INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SALUD PUBLICA | *DEPENDENCIA*<br>SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 4 6 20 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ALCALDIA DE VALLE DE SAN JUAN | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>TOLIMA | *MUNICIPIO*<br>VALLE DE SAN JUAN | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*<br>salud@valledesanjuan-tolima.gov.co | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3103061648 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 25 | *Mes* | 01 | *Año* | 2022 | *Día* | 30 | *Mes* | 06 | *Año* | 2022 |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>PROFESIONAL DE SALUD INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL SALUD PUBLICA | *DEPENDENCIA*<br>ALCALDIA, DESARROLLO SOCIAL | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 4 6 20 | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ALCALDIA DE VALLE DE SAN JUAN | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>TOLIMA | *MUNICIPIO*<br>VALLE DE SAN JUAN | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*<br>salud@valledesanjuan-tolima.gov.co | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3103063997 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 03 | *Mes* | 08 | *Año* | 2021 | *Día* | 31 | *Mes* | 12 | *Año* | 2021 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>PROFESIONAL DE SALUD INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL SALUD PUBLICA | *DEPENDENCIA*<br>SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL SALUD | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>AVENIDA CARRERA 4 - 6 20 | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ALCALDIA DE VALLE DE SAN JUAN | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>TOLIMA | *MUNICIPIO*<br>VALLE DE SAN JUAN | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*<br>salud@valledesanjuan-tolima.gov.co | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3103063997 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 16 | *Mes* | 01 | *Año* | 2021 | *Día* | 31 | *Mes* | 07 | *Año* | 2021 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>PROFESIONAL DE SALUD INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL SALUD PUBLICA | *DEPENDENCIA*<br>SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL SALUD | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>AVENIDA CARRERA 4 - 6 20 | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ALCALDIA DE VALLE DE SAN JUAN | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>TOLIMA | *MUNICIPIO*<br>VALLE DE SAN JUAN | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*<br>salud@valledesanjuan-tolima.gov.co | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3103063997 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 18 | *Mes* | 08 | *Año* | 2020 | *Día* | 31 | *Mes* | 12 | *Año* | 2020 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>PROFESIONAL DE SALUD INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL SALUD PUBLICA | *DEPENDENCIA*<br>SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL SALUD | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>AVENIDA CARRERA 4 - 6 20 | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ALCALDIA DE VALLE DE SAN JUAN | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>TOLIMA | *MUNICIPIO*<br>VALLE DE SAN JUAN | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*<br>salud@valledesanjuan-tolima.gov.co | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3103063997 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 17 | *Mes* | 04 | *Año* | 2020 | *Día* | 16 | *Mes* | 08 | *Año* | 2020 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>PROFESIONAL DE SALUD INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL SALUD PUBLICA | *DEPENDENCIA*<br>SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL SALUD | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>AVENIDA CARRERA 4 - 6 20 | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>FUNDACION IMIX | | *PÚBLICA* | | *PRIVADA*<br>X | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>Tolima | *MUNICIPIO*<br>Espinal, Ortega, Flandes, Guamo | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*<br>fundacionimix@gmail.com | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>2762372 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 07 | *Año* | 2019 | *Día* | 10 | *Mes* | 04 | *Año* | 2020 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>COORDINADOR DE RECUPERACION NUTRICIONAL | *DEPENDENCIA* | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 3 N 42 41 | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>CORPORACION UNIVERSITARIA AMERICANA | | *PÚBLICA* | | *PRIVADA*<br>X | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>Tolima | *MUNICIPIO*<br>Natagaima | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*<br>iberoamericana@ibero.edu.co | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3851027 ext. 337 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 04 | *Mes* | 07 | *Año* | 2019 | *Día* | 15 | *Mes* | 12 | *Año* | 2019 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA* | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>Sin dirección | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ASOCIACION CRISTIANA DE JOVENES | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>TOLIMA | *MUNICIPIO*<br>IBAGUÉ | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*<br>luzaydagomez@ymcatolima.gov | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>2612716 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 05 | *Año* | 2016 | *Día* | 30 | *Mes* | 09 | *Año* | 2018 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>PROFESIONAL DE SALUD | *DEPENDENCIA*<br>A NIVEL NACIONAL | | | | | *DIRECCIÓN*<br>AVENIDA 15 N 2 67 oficina 313 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>CORPORACION GESTION Y ACCION SOCIAL | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>TOLIMA | *MUNICIPIO*<br>IBAGUÉ | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*<br>Corp.gestionyaccionsocial@gmail.com | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>6943143 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 26 | *Mes* | 10 | *Año* | 2015 | *Día* | 19 | *Mes* | 12 | *Año* | 2015 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA* | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 109 N 20 A 46 -BUCARAMANGA | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>GENTE OPORTUNA | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>VALLE DEL CAUCA | *MUNICIPIO*<br>CANDELARIA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*<br>servicioalcliente@grupovaru.com | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4473030 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 18 | *Mes* | 03 | *Año* | 2015 | *Día* | 23 | *Mes* | 10 | *Año* | 2015 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>RESPONSABLE EN SALUD Y NUTRICI | *DEPENDENCIA*<br>Salud y nutrición | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 62 N 12 78 Bogotá | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>CORPORACION DIA DE LA NIÑEZ | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>VALLE DEL CAUCA | *MUNICIPIO*<br>CALI | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*<br>corporaciondiadelaninez@ninez.org.co | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3003233112 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 09 | *Mes* | 12 | *Año* | 2013 | *Día* | 10 | *Mes* | 12 | *Año* | 2014 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>ASISTENTE TECNICO EN SALUD Y N | *DEPENDENCIA*<br>Salud y nutrición | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 97 N 60 D 86 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>CORPORACION DIA DE LA NIÑEZ | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>BOGOTÁ. D.C. | *MUNICIPIO*<br>BOGOTÁ. D.C. | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*<br>corporaciondiadelaninez@ninez.org.co | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>300323311 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 12 | *Mes* | 05 | *Año* | 2014 | *Día* | 01 | *Mes* | 08 | *Año* | 2014 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>ENCARGO COORDINADOR NACIONAL D | *DEPENDENCIA*<br>SALUD Y NUTRICION | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 97 N 60 D 86 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>CORPORACION DIA DE LA NIÑEZ | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>TOLIMA | *MUNICIPIO*<br>IBAGUÉ | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*<br>corporaciondiadelaninez@ninez.org.co | | | | | | |
| | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *TELÉFONOS*<br>755 0162 | *Día* | 01 | *Mes* | 07 | *Año* | 2012 | *Día* | 31 | *Mes* | 12 | *Año* | 2012 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>APOYO EN SALUD Y NUTRICION | *DEPENDENCIA*<br>SALUD Y NUTRICION | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 90 N 60 D 86 | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>CODIME-Cooperativa de Trabajo Asociado | | | *PÚBLICA* | | *PRIVADA*<br>X | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>TOLIMA | *MUNICIPIO*<br>IBAGUÉ | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*<br>*codimeib@gmail.com* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>*266 2175* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 10 | *Mes* | 09 | *Año* | 2010 | *Día* | 30 | *Mes* | 06 | *Año* | 2012 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>Jefe de enfermería | *DEPENDENCIA*<br>Promoción y prevención | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>Cra 5 con calle 42 esquina | | | | | |

## 4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

## 5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | 0 | 5 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 7 | 2 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 2 | 2 |
| **TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA** | 9 | 9 |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

**6** **FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

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

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

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* Ibagué, 10 de enero de 2025

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

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

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

*Ciudad y fecha*

*NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

La República de Colombia

y en su nombre

La Institución Educativa

# Leonidas Rubio Villegas

Ibagué - Tolima

Aprobado por la Gobernación del Departamento del Tolima,
según Resolución No. 0832 del 30 de mayo de 2000

Confiere a:

## Pablo Ignacio Moreno Ortiz

DIN 850320-35006 Ibagué (Tol.)

El Título de:

# Bachiller Académico

## Profundización en Ciencias Naturales

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel
de Educación Media Académica, según los planes y programas vigentes.

Gustavo Ramírez Urueña
C.C. No. 2.240.114 de Alvarado (Tol.)
Rector

Dado en Ibagué, Tolima el 5 diciembre del año 2003

Acta General de Graduación No 123 Folio: 250 año 2003

Registro Interno: Libro 020 Folio 23 año 2001

Este diploma no requiere registro ante la Secretaría de Educación y de la Juventud
del Departamento del Tolima (Decreto 921 de Mayo 6 de 1994)

En nombre de la República de Colombia
y por autorización del
Ministerio de Educación Nacional

# La Universidad de Cundinamarca

Creada mediante Ordenanza No. 045/69 - Resolución No. 19530/92 - M.E.N.

Le confiere a

# Pablo Ignacio Moreno Ortiz

C.C. No. 93.239.487 Expedida en Ibagué

El título de

# Enfermero

Por haber aprobado las exigencias académicas reglamentarias de la carrera

En testimonio de ello se expide el presente

## DIPLOMA

En la ciudad de Girardot el Día 1o. de Julio de 2010

Rector

Decano de Facultad

Anotado al folio 049 del libro 10
Rad: 707, Folio 038, Libro 03

Girardot, 1o. de Julio de 2010

SECRETARIA DE SALUD DEL TOLIMA
Se reconoce el presente título para todos los efectos legales.
Ibagué 04 10 10
Registro No. 73 2735/2010

REGIONAL TOLIMA

## EL CENTRO DE INDUSTRIA Y CONSTRUCCION

# CERTIFICA

Que PABLO IGNACIO MORENO ORTIZ identificado(a) con Cedula de Ciudadania No 93239487 de Ibagué, realizó y aprobó el curso de HIGIENE Y MANIPULACION DE ALIMENTOS. con una intensidad horaria de Cuarenta (40) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó
A: Aprobó

Se expide en Ibagué. a los veintiseis (26) días del mes de septiembre de dos mil diecinueve (2019)

Firmado Digitalmente por



JORGE ENRIQUE MONTEALEGRE HERNANDEZ
Subdirector CENTRO DE INDUSTRIA Y CONSTRUCCION
REGIONAL TOLIMA

***SENA: Una Organización con Conocimiento***

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 9226001985951CC93239487E.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

POLITÉCNICO DE COLOMBIA
educación sin límites

Licencia de funcionamiento otorgada mediante resolución N°09734 de 2013 de la Secretaría de Educación de Medellín, Reg. Mercantil 53494202, NIT: 900547030-4

*HACE CONSTAR QUE:*

# PABLO IGNACIO MORENO ORTIZ

Con Documento de Identidad No 93239487

**CURSÓ Y APROBÓ EL**

## DIPLOMADO EN PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

**MEDELLIN - 04 DE ABRIL DE 2015 AL 08 DE MAYO DE 2015**

**Con una intensidad horaria de ciento veinte (120) horas**

**Registrado en el Libro de Actas No 0020150508**

POLITÉCNICO DE COLOMBIA

**FIRMA Y CÓDIGO DE SEGURIDAD 150508A-8471**

**www.politecnicodecolombia.edu.co**

**La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante la solicitud al correo asistentevirtual@politecnicodecolombia.edu.co, indicando el N° del libro de actas con el cual se registra el mismo**

de cero a Siempre
ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

CEC - 0363

La Universidad del Norte por intermedio del Centro de Educación Continuada
en el marco de la Alianza público privada
para el impulso a la Política Pública de Primera Infancia

Certifica que:

# PABLO IGNACIO MORENO ORTIZ

**C.C 93.239.487**

Participó en el programa

## DIPLOMADO VIRTUAL SOBRE: REFERENTES TÉCNICOS DE LA EDUCACIÓN INICIAL

Intensidad de 120 horas, realizado entre el 27 de octubre y el 23 de diciembre de 2014

Dado en Barranquilla a los 18 días del mes de enero de 2015

**Ana María Rodríguez Rodríguez**
Directora Primera Infancia
Ministerio de Educación Nacional

**Alexandra Bolaño Pantoja**
Directora Centro de Educación Continuada
Universidad del Norte

Primera Infancia ¡aquí estamos!

MINEDUCACIÓN

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

CEC Centro de Educación Continuada

UNIVERSIDAD DEL NORTE
Instituto de Estudios en Educación

Para confirmar la validez del presente certificado puede comunicarse con la línea de atención +57 (5) 3509222

# EUROINNOVA FORMACION

como centro de Formación acreditado para la impartición a nivel nacional de formación
EXPIDE EL PRESENTE TÍTULO PROPIO

**PABLO IGNACIO MORENO ORTIZ**

con D.N.I. 93239487 ha superado los estudios correspondientes de

# Técnico Profesional en Nutrición Infantil (Online)

de 300 horas, perteneciente al Plan de Formación EUROINNOVA en la convocatoria de 2014
Y para que surtan los efectos pertinentes queda registrado con Número de Expediente EURO/2013-9613-1301-228375

Con una calificación de SOBRESALIENTE

Y para que conste expido la presente TITULACIÓN en
Granada, a 9 de Junio de 2014

**La direccion General**

JESÚS MORENO HIDALGO

EUROINNOVA FORMACION S.L
CIF: B18715144
EURO INNOVA
Tel: 958 050 200 - Fax: 958 050 241
www.euroinnova.es - formacion@euroinnova.es

**Sello**

**El/La interesado/a**

PABLO IGNACIO MORENO ORTIZ

Centro de Formación Superior de Postgrado
EURODINNOVA
BUSINESS SCHOOL

Centro Asociado
INTERNATIONAL COMMISSION on DISTANCE EDUCATION
Entidad Consultiva, Categoría Especial, del Consejo Económico y Social de Naciones Unidas

INTERNATIONAL COMMISSION on DISTANCE EDUCATION
Con Estatuto Consultivo, Categoría Especial del Consejo Económico y Social de la UNESCO (Núm. Resolución 6343)
Nº Registro APENB (Asociación Profesional Española de Naturopatía y Bioterapia): 1164-015/8

CERTIFICADO

**LA CORPORACIÓN INFANCIA Y DESARROLLO – LA CID**

**CERTIFICA**

Que, **PABLO IGNACIO MORENO ORTIZ** identificado(a) con cédula de ciudadanía **93239487,** estuvo vinculado (a) con la Corporación, mediante contrato por prestación de servicios**,** desempeñando el rol **PROFESIONAL DE SALUD (DESARROLLO DE CAPACIDADES),** en el proyecto **"MSPS CONVENIO 1202 2024"**, desde el 24 de junio del 2024 hasta el 30 de diciembre del 2024, devengando honorarios mensuales de **($ 4.711.100) CUATRO MILLONES SETECIENTOS ONCE MIL CIEN PESOS M/CTE.**

**Desempeñando las siguientes funciones:**

1. Apoyar el desarrollo del Proceso de Alistamiento, particularmente llevando a cabo la actualización del Análisis de Contexto y de la Matriz de Oferta Institucional del territorio asignado. Lo anterior, conforme a lo establecido en los Estudios Previos, el Anexo de Especificaciones Técnicas y Anexo de Costos del Convenio.
2. Apoyar [cuando sea necesario y según indicaciones del equipo coordinador nacional] el desarrollo del Proceso de Focalización manteniendo comunicación y articulación permanente con el equipo de Atención Integral asignado al territorio, de tal manera que se armonicen y coordinen las acciones conforme a las necesidades de las personas beneficiarias de la Medida y considerando las particularidades y las dinámicas de cada Entidad Territorial priorizada en el marco del Convenio.
3. Mantener la articulación de las acciones con las establecidas en el Proceso de Atención Integral manteniendo comunicación permanente con el equipo de Atención Integral asignado al territorio, de tal manera que se armonicen y coordinen las acciones conforme a las necesidades de las personas beneficiarias de la Medida y considerando las particularidades y las dinámicas de cada Entidad Territorial priorizada en el marco del Convenio.
4. Llevar a cabo las acciones establecidas en el Proceso de Desarrollo de Capacidades, conforme a los Estudios Previos, el Anexo de Especificaciones Técnicas [particularmente en el capítulo 6] y Anexo de Costos del Convenio y entregar de forma oportuna a la coordinación nacional los soportes y productos establecidos para esta actividad de acuerdo con lo pactado en el Convenio y sus documentos anexos. En el marco de esta obligación se deberá:

a. Identificar las capacidades institucionales y comunitarias [grupos étnicos y/o no étnicos] presentes en los territorios priorizados para la implementación de la Medida de Reparación. Lo anterior, a través de un ejercicio de mapeo de capacidades institucionales y comunitarias de cada uno de los actores presentes en el territorio asignado que tengan relación con la Medida de Reparación en salud y según indicaciones del equipo coordinador nacional.
b. Elaborar un documento de diagnóstico que permita identificar las necesidades de acompañamiento desde el ámbito institucional y comunitario [grupos étnicos y grupos no étnicos]; lo anterior, para el proceso de fortalecimiento a la implementación de la Medida de Reparación en Salud. Lo anterior, teniendo como insumo principal el mapeo realizado.
c. Implementar el proceso de desarrollo de capacidades comunitarias con grupos étnicos y grupos no étnicos, que permitan impulsar acciones de fortalecimiento de liderazgos, apropiación en deberes y derechos en salud, así como de los mecanismos y rutas para el acceso al derecho a la salud de las personas beneficiarias de la Medida de Reparación en Salud, en los territorios asignados y según indicaciones del equipo coordinador nacional.





Calle 24D # 40-29,Bogotá D.C. * Telefonó:601-738-9246
e-mail: cid@cid.org.co * www.cid.org.co

d. Desarrollar Asesorías en Salud, en las cuales se lleven a cabo acciones de apropiación, asistencia técnica y monitoreo a los actores del SGSSS en el marco de las indicaciones y orientaciones dadas por este MINISTERIO para la implementación de la Medida de Reparación en Salud para los nueve (9) casos de supervisión conjunta de la Corte IDH.
e. Realizar las Mesas Institucionales de Salud con los actores del SGSSS en los territorios asignados y según indicaciones del equipo coordinador nacional.
f. Llevar a cabo la consolidación, revisión y ajuste de forma oportuna los soportes y productos establecidos para esta actividad de acuerdo con lo pactado en el Convenio y sus documentos anexos.

5. Garantizar la coordinación, articulación y seguimiento con la Entidad Territorial de Salud del departamento/distrito para la implementación de la Medida de Reparación en Salud. En el marco de esta obligación se deberá:
a. Elaborar, concertar y definir el plan de articulación y coordinación entre el equipo de Desarrollo de Capacidades y la Entidad Territorial para el componente de desarrollo de capacidades institucionales.
b. Participar en los escenarios de coordinación programados por la Secretaría de Salud Departamental para la apropiación, coordinación y seguimiento de la Medida de Reparación en Salud.

6. Participar activamente en el desarrollo del Proceso de Gestión Estratégica [particularmente el componente de gestión de la calidad], garantizando que se lleven a cabo las acciones establecidas en los Estudios Previos, el Anexo de Especificaciones Técnicas y Anexo de Costos del Convenio. En el marco de esta obligación se deberá:
a. Participar de las jornadas de formación programadas por parte del equipo coordinador nacional.
b. Participar de las jornadas de cuidado emocional programadas por parte del equipo coordinador nacional.
c. Participar de las sesiones de acompañamiento técnico programadas por parte del equipo coordinador nacional.
d. Realizar con oportunidad los ajustes que sean solicitados Implementar en el marco del seguimiento técnico, realizado por el equipo coordinador nacional. Lo anterior de acuerdo con los resultados de la: i) Revisión de la información reportada sobre el avance de implementación de la Medida de Reparación en Salud; II) Seguimiento periódico al cargue de las atenciones en la herramienta definida por el Ministerio.
e. Llevar a cabo la consolidación, revisión y ajuste de forma oportuna los soportes y productos establecidos para esta actividad de acuerdo con lo pactado en el Convenio y sus documentos anexos.
f. Participar en los escenarios de coordinación programados por la Secretaría de Salud Departamental para la apropiación, coordinación y seguimiento de la Medida de Reparación en Salud.
7. Apoyar [cuando sea necesario y según indicaciones del equipo coordinador nacional] el desarrollo del Proceso de Gestión Estratégica [particularmente el componente de gestión del conocimiento], garantizando que se lleven a cabo las acciones establecidas en los Estudios Previos, el Anexo de Especificaciones Técnicas y Anexo de Costos del Convenio.
8. Apoyar las acciones establecidas por el equipo coordinador nacional para el desarrollo del Proceso de Proceso de Participación, Coordinación y Seguimiento de la Medida, garantizando que se lleven a cabo las acciones establecidas en los Estudios Previos, el Anexo de Especificaciones Técnicas y Anexo de Costos del Convenio.





Calle 24D # 40-29,Bogotá D.C. * Telefonó:601-738-9246
e-mail: cid@cid.org.co * www.cid.org.co

9. Presentar un (1) informe mensual conforme a la estructura establecida por el equipo coordinador nacional.
10. Garantizar las acciones establecidas por el equipo coordinador nacional para el desarrollo del proceso de gestión documental, que permita garantizar la disposición del archivo físico del proceso de atención, así como la custodia y preservación hasta la finalización del Convenio y la entrega en las condiciones y lugar que para tal efecto defina el Ministerio.
11. Consolidar, analizar y entregar oportunamente la información solicitada por el equipo coordinador nacional para la presentación de los informes solicitados por el Ministerio de Salud y Protección Social.
12. Dar cumplimiento a la implementación de las recomendaciones de seguridad en terreno definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.
13. Participar en las reuniones a las que sea convocada/o por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, las Entidades Territoriales los representantes de las víctimas, las víctimas beneficiarias o cualquier entidad que haga seguimiento a la Medida de Reparación en Salud.
14. Garantizar la confidencialidad sobre la información recibida en todas aquellas responsabilidades que sean derivadas en el marco de la implementación de la Medida y de ejecución del Convenio.

Se extiende la presente certificación en la ciudad de Bogotá a los 7 días del mes de enero del 2025.



**ELIZABETH BOLIVAR**
**ASESORA JURÍDICA**



Calle 24D # 40-29,Bogotá D.C. * Telefonó:601-738-9246
e-mail: cid@cid.org.co * www.cid.org.co

# CERTIFICADO

**LA CORPORACIÓN INFANCIA Y DESARROLLO – LA CID**

**CERTIFICA**

Que**, PABLO IGNACIO MORENO ORTIZ** identificado(a) con cedula de ciudadanía **N° 93239487,** estuvo vinculado(a) con la Corporación, mediante contrato por prestación de servicios profesionales, desempeñando el rol de **PROFESIONAL DE SALUD,** en el proyecto **"MEDIDAS DE REPARACION 1011-2022**" devengando honorarios mensuales **de CUATRO MILLONES QUINIENTOS VEINTIUNO MIL PESOS M/CTE ($ 4.521.000).**

**Contratos:**

- Desde el 13 de enero de 2023 hasta el 30 de junio de 2023.
- Desde el 14 de julio de 2023 hasta el 31 de octubre de 2023.

**Desempeñando las siguientes responsabilidades:**



- ✓ Apoyar el desarrollo del Proceso de Alistamiento, particularmente llevando a cabo la actualización del Análisis de Contexto y de la Matriz de Oferta Institucional del territorio asignado. Lo anterior, conforme a lo establecido en los Estudios Previos, el Anexo de Especificaciones Técnicas y Anexo de Costos del Convenio.
- ✓ Llevar a cabo las actividades establecidas para el desarrollo del Proceso de Focalización. Lo anterior, conforme a los Estudios Previos, el Anexo de Especificaciones Técnicas [particularmente en el capítulo 4] y Anexo de Costos del Convenio y entregar de forma oportuna a la coordinación nacional los soportes y productos establecidos para esta actividad de acuerdo con lo pactado en el Convenio y sus documentos anexos. En el marco de esta obligación se deberá:
  - Realizar la actualización y entrega de base de focalización.
  - Implementar la estrategia de focalización conforme a las indicaciones dadas por el equipo coordinador nacional.
  - Apoyar las acciones de realimentación de la base de focalización con las personas beneficiarias de la Medida conforme a las indicaciones dadas por el equipo coordinador nacional.
  - Llevar a cabo la consolidación, revisión y ajuste de forma oportuna los soportes y productos establecidos para esta actividad de acuerdo con lo pactado en el Convenio y sus documentos anexos.
- ✓ Llevar a cabo las actividades establecidas para el desarrollo del Proceso de Atención integral, conforme a los Estudios Previos, el Anexo de Especificaciones Técnicas y Anexo de Costos del Convenio [particularmente en el capítulo 5] y entregar de forma oportuna a la coordinación nacional los soportes y productos establecidos para esta actividad de acuerdo con lo pactado en el Convenio y sus documentos anexos. En el marco de esta obligación se deberá:



Calle 24D # 40-29,Bogotá D.C. * Telefonó:601-738-9246
e-mail: cid@cid.org.co * www.cid.org.co

- Realizar la identificación o actualización de necesidades en salud física y/o mental de las personas beneficiarias de la Medida que deseen recibir voluntariamente el acompañamiento directo del equipo de atención integral.
- Desarrollar las acciones establecidas en el marco del componente de atención integral en salud de las personas beneficiarias de la Medida, que acepten voluntariamente el acompañamiento del equipo de atención integral, lo cual implica: I) Orientación a las rutas establecidas por el SGSSS; II) Gestión de barreras de acceso a los servicios en salud; III) Desarrollo de acciones de educación en salud para la apropiación de los derechos y deberes en salud.
- Realizar las acciones de contención de necesidades específicas [desde la salud física y/o salud mental] con las personas beneficiarias de la Medida, que acepten voluntariamente el acompañamiento del equipo de atención integral.
- Llevar a cabo la consolidación, revisión y ajuste de forma oportuna los soportes y productos establecidos para esta actividad de acuerdo con lo pactado en el Convenio y sus documentos anexos.

✓ Mantener la articulación de las acciones con las establecidas en el Proceso de Desarrollo de Capacidades manteniendo comunicación permanente con el equipo de Desarrollo de Capacidades asignado al territorio, de tal manera que se armonicen y coordinen las acciones conforme a las necesidades de las personas beneficiarias de la Medida y considerando las particularidades y las dinámicas de cada Entidad Territorial priorizada en el marco del Convenio.

✓ Participar activamente en el desarrollo del Proceso de Gestión Estratégica [particularmente el componente de gestión de la calidad]. En el marco de esta obligación se deberá:

- Participar de las jornadas de formación programadas por parte del equipo coordinador nacional.
- Participar de las jornadas de cuidado emocional programadas por parte del equipo coordinador nacional.
- Participar de las sesiones de acompañamiento técnico programadas por parte del equipo coordinador nacional.
- Realizar con oportunidad los ajustes que sean solicitados Implementar en el marco del seguimiento técnico, realizado por el equipo coordinador nacional. Lo anterior de acuerdo con los resultados de la: i) Revisión de la información reportada sobre el avance de implementación de la Medida de Reparación en Salud; II) Seguimiento periódico al cargue de las atenciones en la herramienta definida por el Ministerio.
- Llevar a cabo la consolidación, revisión y ajuste de forma oportuna los soportes y productos establecidos para esta actividad de acuerdo con lo pactado en el Convenio y sus documentos anexos.

✓ Apoyar [cuando sea necesario y según indicaciones del equipo coordinador nacional] el desarrollo del Proceso de Gestión Estratégica [particularmente el componente de gestión del conocimiento], garantizando que se lleven a cabo las acciones establecidas en los Estudios Previos, el Anexo de Especificaciones Técnicas y Anexo de Costos del Convenio.

✓ Apoyar las acciones establecidas por el equipo coordinador nacional para el desarrollo del Proceso de Proceso de Participación, Coordinación y Seguimiento de la Medida, garantizando que se lleven a cabo las acciones establecidas en los Estudios Previos, el Anexo de Especificaciones Técnicas y Anexo de Costos del Convenio.





Calle 24D # 40-29,Bogotá D.C. * Telefonó:601-738-9246
e-mail: cid@cid.org.co * www.cid.org.co

- ✓ Presentar un (1) informe mensual conforme a la estructura establecida por el equipo coordinador nacional.
- ✓ Garantizar las acciones establecidas por el equipo coordinador nacional para el desarrollo del proceso de gestión documental, que permita garantizar la disposición del archivo físico del proceso de atención, así como la custodia y preservación hasta la finalización del Convenio y la entrega en las condiciones y lugar que para tal efecto defina el Ministerio.
- ✓ Consolidar, analizar y entregar oportunamente la información solicitada por el equipo coordinador nacional para la presentación de los informes solicitados por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- ✓ Dar cumplimiento a la implementación de las recomendaciones de seguridad en terreno definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- ✓ Participar en las reuniones a las que sea convocada/o por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, las Entidades Territoriales los representantes de las víctimas, las víctimas beneficiarias o cualquier entidad que haga seguimiento a la Medida de Reparación en Salud.
- ✓ Garantizar la confidencialidad sobre la información recibida en todas aquellas responsabilidades que sean derivadas en el marco de la implementación de la Medida y de ejecución del Convenio.
- ✓ Todas aquellas que sean derivadas en el marco de la ejecución del Convenio.



Se extiende la presente certificación en la ciudad de Bogotá a los 08 días del mes de noviembre de 2023.



**ELIZABETH BOLIVAR**
**ASESORA JURÍDICA**



Calle 24D # 40-29,Bogotá D.C. * Telefonó:601-738-9246
e-mail: cid@cid.org.co * www.cid.org.co

# CERTIFICADO

**LA CORPORACIÓN INFANCIA Y DESARROLLO – LA CID**

**CERTIFICA**

Que**, PABLO IGNACIO MORENO ORTIZ** identificado(a) con cedula de ciudadanía **N° 93239487,** estuvo vinculado(a) con la Corporación, mediante contrato por prestación de servicios profesionales, desempeñando el rol de **PROFESIONAL DE SALUD,** en el proyecto **"MEDIDAS DE REPARACION EN SALUD 1011-2022",** Desde el **17 de noviembre de 2023** hasta el **15 de febrero de 2024**.

**Desempeñando las siguientes responsabilidades:**

- ✓ Apoyar el desarrollo del Proceso de Alistamiento, particularmente llevando a cabo la actualización del Análisis de Contexto y de la Matriz de Oferta Institucional del territorio asignado. Lo anterior, conforme a lo establecido en los Estudios Previos, el Anexo de Especificaciones Técnicas y Anexo de Costos del Convenio.
- ✓ Llevar a cabo las actividades establecidas para el desarrollo del Proceso de Focalización. Lo anterior, conforme a los Estudios Previos, el Anexo de Especificaciones Técnicas [particularmente en el capítulo 4] y Anexo de Costos del Convenio y entregar de forma oportuna a la coordinación nacional los soportes y productos establecidos para esta actividad de acuerdo con lo pactado en el Convenio y sus documentos anexos. En el marco de esta obligación se deberá:
  - Realizar la actualización y entrega de base de focalización.
  - Implementar la estrategia de focalización conforme a las indicaciones dadas por el equipo coordinador nacional.
  - Apoyar las acciones de realimentación de la base de focalización con las personas beneficiarias de la Medida conforme a las indicaciones dadas por el equipo coordinador nacional.
  - Llevar a cabo la consolidación, revisión y ajuste de forma oportuna los soportes y productos establecidos para esta actividad de acuerdo con lo pactado en el Convenio y sus documentos anexos.
- ✓ Llevar a cabo las actividades establecidas para el desarrollo del Proceso de Atención integral, conforme a los Estudios Previos, el Anexo de Especificaciones Técnicas y Anexo de Costos del Convenio [particularmente en el capítulo 5] y entregar de forma oportuna a la coordinación nacional los soportes y productos establecidos para esta actividad de acuerdo con lo pactado en el Convenio y sus documentos anexos. En el marco de esta obligación se deberá:
  - Realizar la identificación o actualización de necesidades en salud física y/o mental de las personas beneficiarias de la Medida que deseen recibir voluntariamente el acompañamiento directo del equipo de atención integral.





Calle 24D # 40-29,Bogotá D.C. * Telefonó:601-738-9246
e-mail: cid@cid.org.co * www.cid.org.co

- Desarrollar las acciones establecidas en el marco del componente de atención integral en salud de las personas beneficiarias de la Medida, que acepten voluntariamente el acompañamiento del equipo de atención integral, lo cual implica: I) Orientación a las rutas establecidas por el SGSSS; II) Gestión de barreras de acceso a los servicios en salud; III) Desarrollo de acciones de educación en salud para la apropiación de los derechos y deberes en salud.
- Realizar las acciones de contención de necesidades específicas [desde la salud física y/o salud mental] con las personas beneficiarias de la Medida, que acepten voluntariamente el acompañamiento del equipo de atención integral.
- Llevar a cabo la consolidación, revisión y ajuste de forma oportuna los soportes y productos establecidos para esta actividad de acuerdo con lo pactado en el Convenio y sus documentos anexos.

✓ Mantener la articulación de las acciones con las establecidas en el Proceso de Desarrollo de Capacidades manteniendo comunicación permanente con el equipo de Desarrollo de Capacidades asignado al territorio, de tal manera que se armonicen y coordinen las acciones conforme a las necesidades de las personas beneficiarias de la Medida y considerando las particularidades y las dinámicas de cada Entidad Territorial priorizada en el marco del Convenio.

✓ Participar activamente en el desarrollo del Proceso de Gestión Estratégica [particularmente el componente de gestión de la calidad]. En el marco de esta obligación se deberá:

- Participar de las jornadas de formación programadas por parte del equipo coordinador nacional.
- Participar de las jornadas de cuidado emocional programadas por parte del equipo coordinador nacional.
- Participar de las sesiones de acompañamiento técnico programadas por parte del equipo coordinador nacional.
- Realizar con oportunidad los ajustes que sean solicitados Implementar en el marco del seguimiento técnico, realizado por el equipo coordinador nacional. Lo anterior de acuerdo con los resultados de la: i) Revisión de la información reportada sobre el avance de implementación de la Medida de Reparación en Salud; II) Seguimiento periódico al cargue de las atenciones en la herramienta definida por el Ministerio.
- Llevar a cabo la consolidación, revisión y ajuste de forma oportuna los soportes y productos establecidos para esta actividad de acuerdo con lo pactado en el Convenio y sus documentos anexos.

✓ Apoyar [cuando sea necesario y según indicaciones del equipo coordinador nacional] el desarrollo del Proceso de Gestión Estratégica [particularmente el componente de gestión del conocimiento], garantizando que se lleven a cabo las acciones establecidas en los Estudios Previos, el Anexo de Especificaciones Técnicas y Anexo de Costos del Convenio.

✓ Apoyar las acciones establecidas por el equipo coordinador nacional para el desarrollo del Proceso de Proceso de Participación, Coordinación y Seguimiento de la Medida, garantizando que se lleven a cabo las acciones establecidas en los Estudios Previos, el Anexo de Especificaciones Técnicas y Anexo de Costos del Convenio.

✓ Presentar un (1) informe mensual conforme a la estructura establecida por el equipo coordinador nacional.

✓ Garantizar las acciones establecidas por el equipo coordinador nacional para el desarrollo del proceso de gestión documental, que permita garantizar la disposición del archivo físico del proceso de atención, así como la custodia y preservación hasta la finalización del Convenio y la entrega en las condiciones y lugar que para tal efecto defina el Ministerio.





Calle 24D # 40-29,Bogotá D.C. * Telefonó:601-738-9246
e-mail: cid@cid.org.co * www.cid.org.co

- ✓ Consolidar, analizar y entregar oportunamente la información solicitada por el equipo coordinador nacional para la presentación de los informes solicitados por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- ✓ Dar cumplimiento a la implementación de las recomendaciones de seguridad en terreno definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- ✓ Participar en las reuniones a las que sea convocada/o por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, las Entidades Territoriales los representantes de las víctimas, las víctimas beneficiarias o cualquier entidad que haga seguimiento a la Medida de Reparación en Salud.
- ✓ Garantizar la confidencialidad sobre la información recibida en todas aquellas responsabilidades que sean derivadas en el marco de la implementación de la Medida y de ejecución del Convenio.
- ✓ Todas aquellas que sean derivadas en el marco de la ejecución del Convenio.

Se extiende la presente certificación en la ciudad de Bogotá a los 20 días del mes de febrero de 2024.

**ELIZABETH BOLIVAR**
**ASESORA JURÍDICA**





Calle 24D # 40-29,Bogotá D.C. * Telefonó:601-738-9246
e-mail: cid@cid.org.co * www.cid.org.co

# A QUIEN CORRESPONDA

La Secretaria de Desarrollo Social y la Administración municipal certifica que el Señor Pablo Ignacio Moreno Ortiz con c.c. 93239487, laboró por prestación de servicios en esta secretaria como enfermero jefe EN LA EJECUCION DE LAS ACTIVIDADES DE VIGILANCIA, CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LA DIMENSION DE SALUD AMBIENTAL, VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES, SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL, SEXUALIDAD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS, VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES, SALUD PUBLICA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES, SALUD Y AMBITO LABORAL, en los periodos de:

- 6/07/2022 al 31/12/2022
- 25/01/2022 al 30/06/2022
- 3/08/2021 al 31/12/2021
- 16/01/2021 al 31/07/2021
- 18/08/2020 al 31/12/2020
- 17/04/2020 al 16/08/2020
-

Cumpliendo con las siguientes actividades, con sentido de responsabilidad y profesionalismo:

**a)** Realizar visita de seguimiento, vigilancia y control a la IPS referente a los programas que hacen parte de las dimensiones de Salud Ambiental, Vida saludable y Condiciones no transmisibles, seguridad alimentaria y nutricional, Sexualidad y Derechos sexuales y reproductivos, vida saludable y enfermedades transmisibles, Salud y Ámbito Laboral.
**b)** Realizar visita de seguimiento a la IPS local VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA del reporte de niños y Gestantes a la plataforma del SISVAN, con su respectivo análisis, y seguimiento a los casos de DNT. Realizar la socialización correspondiente con los diferentes actores institucionales para la articulación de las diferentes acciones a realizar.
**c)** Elaborar un plan de acción para mejorar las coberturas de vacunación en el Municipio de Valle de San Juan.
**d)** Articular con la IPS local – EPS COMPARTA, NUEVA EPS Y ECOOPSOS-Comisaria de familia, Personería Municipal acciones intersectoriales para el seguimiento a las gestantes que no cumplan con sus controles prenatales.
**e)** Realizar apoyo y acompañamiento a las reuniones que hacen parte de las dimensiones de Salud ambiental vida saludable y condiciones no transmisibles, seguridad alimentaria y nutricional, Salud Sexual y reproductiva, vida saludable y enfermedades transmisibles.

**f)** Realizar apoyo y acompañamiento a los monitoreos de vacunación en el municipio zona urbana y rural.

**g)** Realizar seguimiento periódico al reporte de las BAI y las BAC según lineamientos y protocolos definidos por el Instituto Nacional de Salud y la Secretaria de Salud del Departamento.

**h)** Realizar una visita a la cadena de red de frio de la IPS local con el fin de verificar su funcionamiento, sistema de información nominal, acceso al programa, cumplimiento de metas por la EAPB.

**i)** Asistencia técnica y supervisión a las EAPB que operan en el municipio verificando demanda inducida efectiva y seguimiento nominal de esquemas completos para la edad de la población objeto PAI.

**j)** Realizar seguimiento al reporte del SIANEPS, RIPS brindando herramienta para su buen funcionamiento

**k)** Realizar inspección, vigilancia y seguimiento, según consolidación y reporte periódico de los eventos de interés en salud pública al Sistema de Vigilancia del Departamento, según lineamientos y protocolos definidos por el Instituto Nacional de Salud y la Secretaria de Salud del Departamento, brindando herramientas para su buen funcionamiento (incluido COVID-19).

**l)** Vigilancia, control, seguimiento e investigación de campo a los eventos de interés en Salud Pública, dando cumplimiento a los lineamientos y protocolos del Instituto Nacional de Salud 2020.

**m)** Reporte, vigilancia, control y seguimiento de los brotes, epidemias, pandemias presentados en el Municipio dando cumplimiento a los lineamientos y protocolos del Instituto Nacional de Salud. (Incluido COVID-19)

Dado en Valle de San Juan- Tolima a los 02 dias del mes de febrero de 2023.

Atentamente,

**ANGELA PATRICIA SUAREZ**
**Secretaria de Desarrollo Social**
**Valle de San Juan-Tolima**

[redacted]

**FUNDACION IMIX**
**NIT 900.265.071-5**

# LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL DE LA

# FUNDACION IMIX

## CERTIFICA

Que el – la señor(a) **PABLO IGNACIO MORENO ORTIZ** identificado(a) con cedula de ciudadanía N° **93.239.487** prestó sus servicios a la **FUNDACIÓN IMIX** como **COORDINADOR** en la modalidad **MIL DIAS PARA CAMBIAR EL MUNDO,** en los municipios de **COELLO, ESPINAL, FLANDES, GUAMO, MELGAR Y ORTEGA**, con el siguiente tiempo dedicado y naturaleza de contrato:

- Contrato(s) de prestación de servicios desde: 01/07/2019 hasta 10/04/2020.

**Las obligaciones ESPECIFICAS DEL CONTRATISTA EN EL SERVICIO MIL DIAS desde el rol de COORDINADOR fueron las siguientes:**

1. Realizar la socialización, gestión y articulación intersectorial con las autoridades del territorio durante todo el desarrollo de la modalidad.
2. Realizar la coordinación intersectorial, especialmente con el sector salud, para la focalización de beneficiarios.
3. Coordinar las acciones a desarrollar por el equipo interdisciplinario para la atención de los beneficiarios en la unidad de servicio en los tres componentes señalados por la modalidad.
4. Realizar seguimiento al desarrollo de las actividades por parte del equipo interdisciplinario.
5. Elaborar informes técnicos mensuales que den cuenta del desarrollo de las acciones, avances y lecciones aprendidas en cada uno de los componentes.
6. Ser el enlace permanente con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
7. Asistir a las reuniones, capacitaciones, espacios de trabajo convocadas por parte del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
8. Remitir los Estudios de Caso al Supervisor de Contrato que requieran de la coordinación interinstitucional o intervención de otras áreas misionales del ICBF.
9. Activar la respectiva ruta de remisión de casos a protección en caso de identificar violencia intrafamiliar o negligencia que vulnere los derechos del beneficiario y hacer el reporte inmediatamente al Coordinador del Centro Zonal.



Escaneado con CamScanner

10. Coordinar con el sector salud el desarrollo de brigadas de atención extramural, para la atención de los beneficiarios (incluyendo desparasitación, suplementación con micronutrientes y administración de antibióticos en los niños con desnutrición que lo requieran de acuerdo con lo definido por la Organización Mundial de la Salud – OMS).
11. Elaborar, socializar y cumplir con la ruta de remisión de las niñas y niños que lo requieran con la concertación respectiva del sector salud. Y Participar en las mesas, reuniones y talleres cuando sea requerido.
12. Acompañar el proceso realizado por el equipo en terreno garantizando su adecuada ejecución,
13. Actualizarse constantemente de conformidad con la línea técnica, normatividad y Manuales operativos.
14. Generar cronogramas de trabajo que permitan una adecuada organización en los tiempos de ejecución y que permitan el cumplimiento de las metas y entrega de productos en los tiempos oportunos.
15. Garantizar el adecuado uso de la información, previniendo el DAÑO INFORMATICO
16. Participar en la estructuración y socialización del Plan de Prevención del Daño antijurídico al que se convocado por ICBF e implementar este plan de acuerdo a las directrices dadas.
17. Cumplir con la política ambiental y lo que ello conlleva, generando en su actuar y el desarrollo de sus actividades acciones que mitiguen el impacto el daño al medio ambiente y el uso inapropiado de los recursos, ahorro y uso eficiente del agua, papel, energía y manejo de residuos.
18. Conocer las políticas e insertarlo en el cumplimiento de su obligación con el servicio, identificar y reportar los peligros en su entorno

El colaborador en mención cumplió a satisfacción con las obligaciones adquiridas demostrando responsabilidad y dedicación

Se expide a solicitud del interesado(a) a los ocho (08) días del mes de abril de 2020

Atentamente

Eugenia V. de Bahamón

**EUGENIA V. ROJAS DE BAHAMON**
**Representante legal**
**FUNDACION IMIX**

*Elaboró: Jorge A. Romero M. Coordinador Talento Humano*



Escaneado con CamScanner

**A QUIEN INTERESE:**

**CORPORACIÓN UNIVERSITARIA AMERICANA**

**Nit # 900.114.439 - 4**

**Certifica que:**

Que el señor **PABLO IGNACIO MORENO ORTIZ**, identificado con cédula de ciudadanía No. **93.239.487** de Ibagué (Tolima), prestó sus servicios profesionales como Tutor del municipio Natagaima (Tolima) Proyecto ICBF en el marco del proyecto Diplomado Gestión de los Riesgos en la Primera Infancia, a través de un contrato de prestación de servicios de carácter civil.

Estos contratos se han desarrollado en los siguientes periodos:

- Julio 04 de 2019 – Diciembre 15 de 2019.

Honorarios Mensuales del año 2019 de $2.300.000 pesos.

Se expide la siguiente certificación a los veintiséis (26) días del mes de diciembre de 2019, a solicitud del interesado.

Cualquier información adicional, comunicarse a nuestros teléfonos.

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA AMERICANA

**DARWIN DE LA HOZ BELTRAN**
**Coordinador Administrativo Proyecto ICBF**
**Tel: 3851027 Ext. 337.**

ASOCIACIÓN CRISTIANA DE JÓVENES
ACJ - YMCA DEL TOLIMA
NIT. 890705905 - 6

**LA SUSCRITA DIRECTORA GENERAL y REPRESENTANTE LEGAL DE LA ASOCIACION CRISTIANA DE JOVENES DEL TOLIMA (ACJ-YMCA)**

**C E R T I F I C A  Q U E:**

El profesional en Enfermería el señor **PABLO IGNACIO MORENO ORTIZ** identificado con la cédula de ciudadanía número 93.239.487, hizo parte del Staff de la ACJ del Tolima en la ciudad de Ibagué hasta el 30 de septiembre del 2018, en uno de los programas que se desarrollan en convenio con el Estado, en este caso concreto con el organismo que a nivel nacional tiene ingerencia sobre la atención de la infancia, la adolescencia y la Juventud en Colombia, cual es el Instituto Colombiano de Bienestar Familia ICBF.

Durante el tiempo en que estuvo vinculado se caracterizó por su profesionalismo, su responsabilidad, compromiso, disponibilidad, su excelente capacidad para relacionarse con todo el personal dentro y fuera de la institución con el que de manera permanente gestionaba distintos servicios de salud en beneficio de la comunidad que se atiende.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, a los 30 días del mes de septiembre de 2018.

Atentamente,

LUZ AYDA GOMEZ CH.
Directora General y Representante Legal
ACJ-YMCA del Tolima

Sede Administrativa Av. 15 No. 2-67 Oficina 313 Centro Comercial Yulima. Ibagué Telefax: 2612716 Celular 3105793371
e-mail: luzaydagomez@ymcatolima.org / areainternacional@ymcatolima.org

**LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL**

**HACE CONSTAR QUE:**

El Señor Pablo Ignacio Moreno Ortiz identificado con Cédula de Ciudadanía No. 93.239.487 de Ibagué, estuvo vinculado con esta organización en calidad Tallerista del proyecto suscrito entre La Corporación Gestión y Acción Social y SINERGIAS cuyo objeto fue “Implementar acciones de formación y fortalecimiento de la participación ciudadana de NNAJ para la promoción de derechos sexuales y reproductivos y la prevención del embarazo en la adolescencia”, en las ciudades de Ibagué, Girardot y Neiva, desde el 26 de octubre al 19 de diciembre de 2015 con honorarios mensuales de dos millones ochocientos mil pesos ($ 2.800.000).

Las principales actividades desarrolladas fueron:

1. Diseñar junto con la coordinación la propuesta metodológica y operativa para implementar el proyecto.
2. Atender las solicitudes y recomendaciones de la SINERGIAS y el comité operativo del proyecto (compuesto por SINERGIAS, el Instituto Colombiano de Bienestar familiar ICBF y el Ministerio de Salud)
3. Garantizar el desarrollo de la propuesta de formación presencial y los componentes teóricos de las temáticas, estructurados por el comité operativo del proyecto en cada uno de los municipios asignados.
4. Gestionarla articulación y alianzas con las instituciones y programas nacionales e internacionales que adelanten acciones sobre derechos sexuales y reproductivos y prevención del embarazo adolescente en los distintos territorios.
5. Adelantar acciones de coordinación con los representantes juveniles del municipio.
6. Programar, organizar, y controlar los encuentros locales y regionales de formación y participación de adolescentes y jóvenes.
7. Desarrollar las jornadas de formación de los adolescentes y jóvenes de cada municipio asignado, siguiendo la metodología definida para el proyecto.
8. Levantar los listados de asistencia y las evidencias audiovisuales del proceso de formación.

9. Coordinar la logística de todos los eventos a su cargo.
10. Participar en las reuniones de los espacios interinstitucionales locales priorizados por el diagnóstico institucional del proyecto
11. Participar en las reuniones de Comité Operativo del Proyecto cuando se requiera y presentar allí los informes de avance o final a que haya lugar.
12. Coordinar la elaboración y seguimiento de los planes de incidencia de los adolescentes y jóvenes y socializarlos en los espacios interinstitucionales que se definan.
13. Seleccionar a los jóvenes que representarán al proceso de formación del municipio, en escenarios nacionales y garantizar su adecuada preparación.
14. Coordinar la preparación en cada ciudad, de las experiencias relevantes a presentar en el Encuentro Nacional de intercambio, a realizarse en Bogotá en el último mes del contrato.
15. Mantener una comunicación y acuerdo permanente con SINERGIA, el Instituto Colombiano de Bienestar familiar ICBF, el Ministerio de Salud y UNICEF en el orden departamental y municipal y llevar adecuadamente el registro de todos estos encuentros y acuerdos
16. Garantizar que durante todos los eventos que se desarrollen en el transcurso del proceso se otorguen los créditos y reconocimientos a la SINERGIAS, ICBF y el Ministerio de Salud.
17. Participar en la jornada de inducción presencial y el evento final de intercambio de experiencias en la ciudad de Bogotá.
18. Revisar y compilar los formatos, actas y demás documentos de evidencia del proceso de formación e incidencia de los adolescentes y jóvenes.
19. Elaborar el informe mensual de avances del proceso en los formatos que la SINERGIAS disponga para este fin adjuntando los soportes respectivos

Se expide a los ocho (8) días del mes de octubre de 2016.

Atentamente,



**ROSA MARIBELL GALEANO QUINTERO**
C.C 63.324.774 de Bucaramanga
Corporación Gestión y Acción Social
NIT. 900.227.909-1

GENTE OPORTUNA S.A.S

PBX: (571) 446-8888
FAX: (571) 447-3030/40
servicioalcliente@grupovaru.com
CRA 62#12-78 (EDIFICIO PRINCIPAL)
BOGOTA DC-COLOMBIA

## CERTIFÍCA A QUIEN INTERESE:

Que el señor MORENO ORTIZ PABLO IGNACIO Identificado con Cédula de Ciudadanía No. 93,239,487 de IBAGUE, laboro a través de nuestra Organización para la empresa cliente CORPORACION DIA DE LA NIÑEZ , desempeñando el cargo de RESPONSABLE EN SALUD Y NUTRICION en misión por termino de duración de la labor u Obra contratada desde el día 18 de marzo de 2015, hasta el día 23/10/2015, con una asignación mensual de UN MILLÓN SEISCIENTOS MIL PESOS MONEDA CORRIENTE 1.600.000,00

La presente se expide a solicitud del interesado a los 11 días del mes de Noviembre de 2015.

Atentamente,

Grupo Empresarial VARU

**LILIANA CASTAÑO ORJUELA**
**DIRECTORA GESTIÓN HUMANA Y OPERACIONES**

# LA SUSCRITA SUBDIRECTORA ADMINISTRATIVA NACIONAL

## HACE CONSTAR QUE

De acuerdo con la información y documentación laboral del archivo de la CORPORACION DIA DE LA NIÑEZ identificada con NIT 800075085-7, informa que el señor PABLO IGNACIO MORENO ORTIZ identificado con la cédula de ciudadanía Nro. 93.239.487, laboro con la Corporación bajo contrato de trabajo por obra labor desde el 12 de Mayo de 2014 al 1 de Agosto de 2014 realizando un Encargo Coordinador Nacional de Salud y Nutrición, su última asignación salarial fue de $3.500.000. Desarrollando las funciones mencionadas a continuación:

-Fortalecimiento técnico a personal profesional y técnico de la corporación a nivel nacional en temas de salud y nutrición.

- Diseñar, en conjunto con el equipo nacional, la Propuesta Pedagógica para implementación en los municipios en donde se opera nacionalmente.

- Seguimiento, evaluación y ajuste de los encuentros educativos grupales y en el hogar con niños, niñas y adultos, basados en la propuesta pedagógica de la Corporación Día de la Niñez, en los días y horarios establecidos con las familias, de acuerdo a cada municipio.

- Seguimiento en las observaciones sobre el proceso pedagógico de los niños en el diario de campo Documentar lecciones aprendidas y buenas prácticas producto de la implementación de la propuesta pedagógica.

- Seguimiento a la cobertura de valoración nutricional en cada municipio.

- Seguimiento de la entrega oportuna de los refrigerios a los participantes, como también de la minuta establecida para cada equipo local.

- Seguimiento de la entrega oportuna de los paquetes de complemento nutricional a los participantes, como también de la minuta establecida para cada equipo local

-Seguimiento de la recolección de los documentos de niños, niñas y madres gestantes, participantes en los encuentros educativos.

- Fortalecer técnicamente las estrategias lúdicas para reducir la rotación de los participantes, según la media nacional reportada por Sistema de Información.

- Fortalecer técnicamente la realización de los encuentros educativos en el hogar en los tiempos asignados para el mismo en el esquema operativo de la ludoteca- Participar en la planeación de las estrategias de atención del Nodo (encuentros educativos en el hogar, grupales, con adultos)

- Generar mesas de aprendizaje y laboratorios pedagógicos con el equipo de responsables en salud y nutrición de cada municipio.

-Generar proyectos que promuevan hábitos saludables a nivel nacional, como también el apoyo de la ejecución del mes de la lactancia materna y huertas caseras.

-Garantizar que los equipos locales apliquen las rutas de atención para casos de mal nutrición o garantía de derechos en salud.

La presente se expide a solicitud de la interesada, a los 12 días del mes Septiembre de 2014.

**Cordialmente,**



**MARGARITA ROSA VILLANUEVA GALA**

**SUBDIRECTORA ADMINISTRATIVA NACIONAL**

CORPORACIÓN DÍA DE LA NIÑEZ

## LA CORPORACION DIA DE LA NIÑEZ

## HACE CONSTAR QUE:

De acuerdo con la información y documentación laboral del archivo de la **CORPORACION DIA DE LA NIÑEZ**, identificada con el Nit. 830075085 certifica mediante el presente escrito que el (la) señor(a) **PABLO IGNACIO MORENO ORTIZ**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. **93.239.487**, de Ibagué, laboró mediante la vinculación de un contrato de trabajo Por Obra o Labor Contratada en el periodo comprendido entre el 9 de Diciembre de 2013 al 10 de Diciembre de 2014, prestando sus servicios para el evento: **RESPONSABLE DEL APOYO EN SALUD Y NUTRICION** desarrollando labores de **ASISTENTE TECNICO EN SALUD Y NUTRICION** con una asignación salarial de **2.040.000**.

| **RESPONSABILIDADES DEL CARGO** | | |
|---|---|---|
| **RESPONSABILIDAD:** Establecer el estado nutricional de las mujeres gestantes y los niños y niñas menores de 5 años y brindar recomendaciones nutricionales de manera individual a los niños y niñas identificados con malnutrición. | | |
| **Funciones** | **Periodicidad** | **Instrumentos** |
| Tomar de datos antropométricos | Cada 3 meses | - Infantómetro<br>o tallímetro<br>- Balanza de piso |
| Digitar de los datos antropométricos en la ficha de caracterización, hacer clasificación nutricional identificando los casos de malnutrición | Cada 3 meses | - Software de seguimiento nutricional<br>-Computador con acceso a internet<br>-Resolución 2121 de 2010 |

| | | |
|---|---|---|
| Elaborar y entregar informe de la situación nutricional individual y colectivo de las mujeres gestantes y los niños y las niñas por municipio | Cada 3 meses | -Ficha de caracterización |
| Dar a conocer la situación nutricional de las mujeres gestantes y los niños y niñas al Comité de Infancia o Primera Infancia Municipal | Acorde a la programación de los municipios | Acta de reunión y listado de asistencia |
| Retroalimentar y orientar a los padres de familia y/o cuidadores los resultados del estado nutricional de los niños y niñas en encuentros educativos grupales y/o en el hogar. | Cada 3 meses | Carné de seguimiento nutricional. Formato de encuentro educativo en el hogar. |
| Intervenir, hacer seguimiento y monitorear casos identificados con malnutrición (mínimo 1 seguimiento por semestre) | 2 veces al año | -Formato recomendaciones nutricionales individuales<br><br>- Formato de remisión interinstitucional |
| **RESPONSABILIDAD:** Coordinar acciones que logren en los niños y niñas la vinculación y el acceso a los servicios definidos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS con los Entes Territoriales | | |
| **Funciones** | **Periodicidad** | **Instrumentos** |
| Sistematizar la información de los encuentros educativos con adultos, valoraciones nutricionales, revisión de evidencias y acciones realizadas en la garantía y restablecimiento de los derechos en salud, en el formato digital de caracterización. | Semanalmente | -Carpeta individual del niño o niña.<br><br>-Base de datos caracterización en salud y nutrición.<br><br>-Computador con Microsoft office (Excel)<br><br>- Informe de caracterización en salud y nutrición. |

| | | |
|---|---|---|
| Remitir a los niños y niñas con esquema incompleto de vacunación para la edad o inasistencia a los controles de crecimiento y desarrollo a la entidad de salud correspondiente | Mensualmente | Base de datos caracterización en salud y nutrición. |
| Hacer seguimiento de las remisiones | Mensualmente | Formato de seguimiento |
| Gestionar y coordinar actividades interinstitucionales que vinculen a los niños y niñas y sus familias en las actividades desarrolladas desde la estrategia AIEPI Comunitario. | Semestralmente | Acta de reunión<br>Planeación ludotecas Naves<br>Formato de asistencia encuentro de capacitación. |
| **RESPONSABILIDAD: Fomentar hábitos saludables que favorezcan la salud y la nutrición en los niños y niñas desde la primera infancia.** | | |
| Priorizar a los niños, niñas o mujeres en gestación a quienes se les realizará EEH semanalmente a partir de los acuerdos establecidos en la planeación del equipo local | 20 EEH al mes | Reporte de priorización del equipo pedagógico. |
| Aportar al proceso de caracterización en salud-enfermedad y alimentación en la vida cotidiana de los niños, niñas y mujeres gestantes. | Semestral | Informe de caracterización |
| Formar en temas de salud y nutrición a padres de familia o cuidadores durante los encuentros de formación con adultos a partir de la lectura de intereses y necesidades | Mensualmente | Formato de planeación<br>Formato de asistencia<br>Diario de campo |
| Promover la celebración Semana Mundial de la lactancia materna exclusiva y complementaria<br>(1 actividad general) | 1 vez al año | Guía metodológica de la actividad.<br>Registro de asistencia |

| | | |
|---|---|---|
| Promover la celebración del día Mundial de la Alimentación<br><br>(1 actividad general) | 1 vez al año | Guía metodológica de la actividad.<br><br>Registro de asistencia |
| **RESPONSABILIDAD: Revisión del complemento nutricional** | | |
| Verificar el estado de los espacios destinados para el bodegaje de los refrigerios y paquetes de complemento alimentario y brindar orientaciones para el cumplimiento de los requerimientos almacenamientos establecidos en el decreto 3075 de 1997. | Mensualmente | Matriz de verificación de espacios de almacenamiento |
| Revisar el cumplimiento de los requerimientos técnicos y la minuta del complemento nutricional (refrigerio) brindado durante los encuentros educativos | 1 vez al mes durante los encuentros educativos | Cartilla No. 7 "Apoyo nutricional"<br><br>Formato ciclo de minuta<br><br>Formato kardex |
| Revisar el cumplimento de los requerimientos técnicos de los paquetes alimentarios brindados mensualmente a los niños y niñas y madres gestantes y lactantes | 1 vez al mes durante la entrega de los paquetes alimentarios | Cartilla No. 7 "Apoyo nutricional"<br><br>Formato control calidad complementos |
| Reportar y hacer seguimiento de los casos de incumplimiento con la Subdirección Administrativa Regional | Cada vez que sea requerido | |
| Verificar el cumplimiento del protocolo de limpieza y desinfección establecido por la CDN | Mensualmente | Protocolo de limpieza y desinfección |
| **RESPONSABILIDAD: Aportar al Sistema de Información y Conocimiento de la CDN** | | |
| Apoyar la actualización del archivo digital con la documentación requerida de cada niño, niña o mujer gestante | Mensual | Archivo digital |

| | | |
|---|---|---|
| Diligenciar y actualizar la ficha de caracterización en los campos relacionados con los derechos en salud y nutrición. | Quincenalmente | Ficha de caracterización |
| Liderar un laboratorio pedagógico con el equipo local en prácticas clave estrategia AIEPI comunitario | Semestralmente | Guía metodológica<br><br>Acta de reunión. |
| Documentar las experiencias del proceso de formación a padres de familia y/o cuidadores en temas de salud y nutrición a través del diligenciamiento del diario de campo | 1 diario de campo por encuentro educativo con adultos | Formato de diario de campo |
| Participar en espacios de transferencia de conocimiento del equipo local. | Mensual | Acta de reunión.<br>Relatorías |
| **FUNCIONES GENÉRICAS** | | |
| Participar en las reuniones de planeación, sistematización, gestión de conocimiento y laboratorios pedagógicos teniendo en cuenta los criterios enviados por la entidad. | Según cronograma | (por definir) |
| Informar oportunamente al jefe inmediato sobre las anomalías que se presenten para el adecuado cumplimiento de sus funciones | | |
| Preparar y compartir, datos, información, conocimientos y experiencias dentro de los lineamientos de la entidad respecto a gestión de conocimiento. | | |
| Participar en las actividades relacionadas con la evaluación y desarrollo de competencias comportamentales | | |
| Todas aquellas inherentes a su cargo o que se considere contribuyen al ejercicio y cumplimiento de los objetivos del programa. | | |

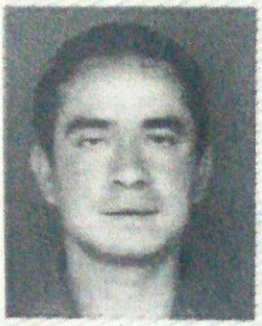
La presente se expide a solicitud del interesado(a), a los (9) días del mes de enero de dos mil quince (2015).

Cordialmente,

**Patricia Duque González**
Subdirectora Nacional de Talento Humano

Elaboró: Plinio Alfonso
Coordinador de Nomina

REPUBLICA DE COLOMBIA
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia
A N E C
TARJETA PROFESIONAL DE ENFERMERA(O)



REGISTRADO

NOMBRE PABLO IGNACIO MORENO ORTIZ

C.C. 93.239.487 IBAGUE

UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA

RUN No. 28934
REGISTRO UNICO NACIONAL DE ENFERMERA(O)

EXPEDIDO 12/AGO/2011 FECHA DE ACTUALIZACION DATOS 12/AGO/2021

THOMAS GREG & SONS 310.037.31/1210

No.

REGISTRADOR ANEC

Esta tarjeta es documento público, se expide de acuerdo a la Ley 266 de 1996 y es válida en todo el Territorio Nacional.

Si es encontrada por favor devolverla a ANEC

**ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA**
**ANEC**
REGISTRO ÚNICO DE PROFESIONALES DE ENFERMERIA
Ley 266 de 1996

Bogotá, enero 08 de 2025

# CONSTANCIA DEL REGISTRO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Hacemos constar que el Enfermero **PABLO IGNACIO MORENO ORTIZ,** identificado con cedula de ciudadanía No. 93.239.487 de Ibague, se encuentra inscrito y registrado a través de la Resolución y Tarjeta profesional No. 28934 expedida el 12 de Agosto de 2011, documento que se encuentra vigente.

Para obtener este registro el profesional presentó ante la Unidad de Registro de la ANEC, los documentos solicitados de acuerdo con lo establecido por la Ley 266 de 1996, Capítulo V, artículos 13, 14 y 15 reglamentaria de la Profesión de Enfermería en Colombia.

Atentamente,




**GILMA RICO GONZALEZ**
**Presidenta ANEC**

# ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

93239487

Primer Nombre

Pablo

Primer Apellido

Moreno

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

5873

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

**Resultado General -2025-01-10→10:42:00 AM**

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación: | D |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 93239487 | PABLO | IGNACIO | MORENO | ORTIZ | Vigente | V |

**De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) PABLO IGNACIO MORENO ORTIZ identificado(a) con CC 93239487 registra La siguiente información:**

**2025-01-10→10:42:00 AM**

**Información Académica**

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| UNV | Local | Enfermería | 2011-08-12 | | ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA - ANEC |
| UNV | Local | Enfermería | 2010-10-04 | 2735 | GOBERNACION DEL TOLIMA |

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

## SISPRO

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

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

## Contacto

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

Términos y condiciones

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

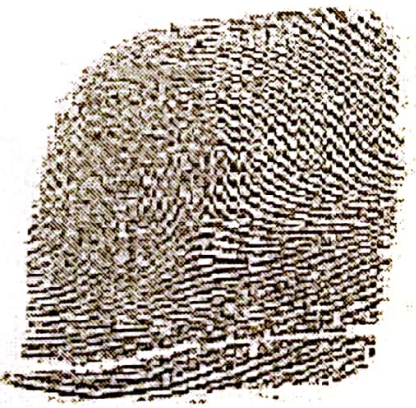
NUMERO 93.239.487
MORENO ORTIZ

APELLIDOS
PABLO IGNACIO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-MAR-1985
IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.74
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

06-JUN-2003 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-2500100-00336840-M-0093239487-20111012 0028242376A 2 36891436

Powered by CamScanner

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141125132299

(415)7707212489984(8020) 000014112513229 9

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 9 3 2 3 9 4 8 7 | 9 | Impuestos y Aduanas de Ibagué 9 | |

## IDENTIFICACIÓN

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

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Tolima 7 3 | Ibagué 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| MORENO | ORTIZ | PABLO | IGNACIO |

35. Razón social

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

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Tolima 7 3 | Ibagué 0 0 1 |

41. Dirección principal
CL 44 6 A BIS 44 BRR VILLA MARLEN

42. Correo electrónico pablosaludynutricion@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 5 3 0 6 3 4 8 8 | 3 1 6 4 8 9 7 7 9 4 |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 0 0 1 0 | 2 0 2 1 0 3 1 0 | 8 6 9 2 | 2 0 1 0 0 7 0 1 | 8 2 9 9 | | | 2 2 2 4 | |

### 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 | 4 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

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

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

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

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

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 acepta 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 MORENO ORTIZ PABLO IGNACIO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

# Certificado Bancario

Miércoles, 8 de enero de 2025

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que PABLO IGNACIO MORENO ORTIZ identificado(a) con CC 93239487, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|---|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | 06859652709 | 2016/05/11 | ACTIVA |

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

VIGILADO BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 09:00:20 PM horas del 02/01/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **93239487**
Apellidos y Nombres: **MORENO ORTIZ PABLO IGNACIO**

**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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

# 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 02 de enero de 2025, a las 20:57:53, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 93239487 |
| Código de Verificación | 93239487250102205753 |

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

Generó: WEB

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO No. 260670587

PIB
20:59:35

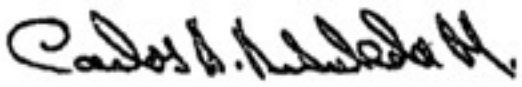

Bogotá DC, 02 de enero del 2025

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) PABLO IGNACIO MORENO ORTIZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 93239487:

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 Politica 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 ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

**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.**

# 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 21:03:47 horas del 02/01/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **93239487,**
Apellidos y Nombres **MORENO ORTIZ PABLO IGNACIO**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **Corporación Infancia y Desarrollo**, con NIT **830082544-7** 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.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

© 2025

**Horario:** Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
**Dirección:** Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
**Teléfonos:** 515 97 00 ext. 30552 (Bogotá D.C.) | 01 8000 112 712 (resto del país)
**Correo:** dijin.araic-atc@policia.gov.co
**Web:** www.policia.gov.co/dijin
**Instagram:** /dijinpolicia
**Twitter:** @DIJINPolicia

Presidencia de la República Ministerio de Defensa Nacional Colombia compra eficiente GOV.CO

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

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, 10/01/2025 11:09:44 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **93239487 .**

## 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. **107913680** . 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 Busqueda | Imprimir

# NUEVA EPS S.A

# Certifica

Que las personas relacionadas a continuación en cumplimiento de lo establecido en las normas legales vigentes han cotizado al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de esta Entidad Promotora de Salud las siguientes semanas de cotización:

**Datos Cotizante Cabeza de Familia**

**CC 93239487** **PABLO IGNACIO MORENO ORTIZ**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Semanas Cotizadas NUEVA EPS S.A** | Más de 390 | | |
| **Fecha Afiliación** | 10/03/2024 | **Estado Cotizante** | ACTIVO |
| **Fecha Último Periodo Cotizado** | 5/12/2024 | **Causal** | 10160916 |
| **Fecha Cancelación** | 00/00/0000 | | |

**Beneficiarios**

La presente certificación se expide el día 08 de enero de 2025 a solicitud del interesado

**Observaciones**

_____

_____

**MARIA ISABEL RODRIGUEZ GOMEZ**
**ASESOR DE SERVICIO AL CLIENTE**

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

En su condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR**

NIT 800.144.331-3

# CERTIFICA QUE:

**PABLO IGNACIO MORENO ORTIZ,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **93.239.487**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 2 de Enero del 2025.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Bogotá, 10 de 01 de 2025

**SEÑORES:**
**CORPORACIÓN INFANCIA Y DESARROLLO**
**Atn: Proceso de gestión humana**

ASUNTO: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Pablo Ignacio Moreno Ortiz identificado con cedula de ciudadanía N°: 93.239.487, y en calidad de prestador de servicio, para el proyecto al cual ingreso, autorizo a la Corporación Infancia y Desarrollo a que me haga afiliación como independiente a la ARL Axa Colpatria.

En constancia de lo anterior

FIRMA: Pablo Ignacio Moreno Ortiz

NOMBRE: Pablo Ignacio Moreno Ortiz

N° De CC: 93.239.487

Ciudad: Bogotá

Fecha: 10-01-2025

**SEÑORES**
**CORPORACIÓN INFANCIA Y DESARROLLO**
**Ciudad**

REF: CERTIFICACION PARA EFECTOS DE RETENCION EN LA FUENTE LEY 1819 DE 2016 – RENTAS DE TRABAJO.

**CERTIFICACION BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO**

Yo Pablo Ignacio Moreno Ortiz identificado con cédula de ciudadanía No. 93.239.487 expedida en Ibagué-Tolima con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Ley 1819 de 2016 y del parágrafo 2 de artículo 383 del Estatuto Tributario, manifiesto bajo gravedad de juramento que:

Para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente establecida en el artículo 383 del Estatuto Tributario, la cual se le aplica a los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos por honorarios y por compensación por servicios personales, **"He contratado o vinculado más de un trabajador asociado a mi actividad económica por al menos noventa (90) días continuos o discontinuos". (Parágrafo 2 art.383 E.T.)**

SI( ) NO (x)

De la misma manera, en el momento en que contrate o vincule más de un trabajador asociado a mi actividad económica, me comprometo a informar.

Cordialmente,

Pablo Ignacio Moreno Ortiz
Pablo Ignacio Moreno Ortiz
C.C. 93.239.487 de Ibagué

**FORMATO DEDUCIBLE POR DEPENDIENTES**
**(BENEFICIOS TRIBUTARIOS)**

**CERTIFICACIÓN:**

Yo, Pablo Ignacio Moreno Ortiz, identificado (a) con C.C. ( x ) C.E. ( ) NIT ( ) No. 93.239.487, con domicilio principal en la ciudad de Ibagué, dirección Calle 44 No 6 a bis 44 Villa Marlen 2 en cumplimiento a lo dispuesto en el Decreto 99 de 2013, de manera libre y espontánea bajo la gravedad de juramento, manifiesto que las siguientes personas se encuentran a mi cargo y en consecuencia dependen económicamente de mí:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE INDENTIDAD | FECHA DE NACIMIENTO | CALIDAD DE DEPENDENCIA |
|---|---|---|---|
| | | DD/MM/AAAA | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**NOTA:**
El artículo 2º, parágrafo 3º del Decreto 99 de 2013, define la calidad de dependientes para efectos tributarios.

Certifico igualmente que la deducción de la base de retención en la fuente por concepto de dependientes, cumple las restricciones establecidas en el parágrafo 4º del artículo 2º del Decreto 99 de 2013, en el entendido que no se solicitan por más de un contribuyente en relación con un mismo dependiente.

La anterior afirmación para optar al beneficio de la deducción por DEPENDIENTES establecido en las normas tributarias.

Esta declaración la hago a los 10 días del mes enero del año 2025, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 7º (prohibición de declaraciones extra juicio) del Decreto 19 de 2012, para que surta los efectos legales.

**FIRMA** Pablo Ignacio Moreno Ortiz

Nombres y Apellidos Pablo Ignacio Moreno Ortiz
Tipo de Documento Cédula de ciudadanía
N° de documento 93.239487

| | | |
|---|---|---|
| Bienestar Empresarial | BIOCENTER SALUD OCUPACIONAL<br>**Resolución Secretaria de Salud del Tolima**<br>**No. 001107 del 10 de Mayo del 2021**<br>**Cod Prestador: 730010214601** | **CÓDIGO: RG-CALI-1**<br>**Versión: 01**<br>**Vigente desde: Noviembre 2016** |
| | **CONCEPTO DE APTITUD LABORAL INGRESO** | **Página 1 de 1** |

**Fecha: 2025-01-10** **SIIPS Web 5.0.0**

**IDENTIFICACION DE LA EMPRESA**

Empresa: CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO
Cargo: CONTRATISTA Ciudad: BOGOTA

**IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR**



Apellidos y Nombres: MORENO ORTIZ PABLO IGNACIO
Documento Identidad: CC 93239487
Fecha de Nacimiento: 1985-03-20
Sexo: M
Estado Civil: Soltero
ARL:
Fecha de Nacimiento: 1985-03-20
Dirección: CALIE 44 N 6A BIS B/ VILLA MARLEN 2
Teléfono: 3153063488

**EXAMENES REALIZADOS**

| | | | |
|---|---|---|---|
| EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL: | - | | |
| VISIOMETRIA: | - | ESPIROMETRIA: | - |
| AUDIOMETRIA: | - | LABORATORIOS: | - |
| OPTOMETRIA: | - | OTROS EXAMENES: | Si (Foniatría) |

**CALIFICACION DE APTITUD**

CONCEPTO MEDICO:

**Cualidades de la voz normales acordes al género y a la edad, sin alteración**

Observaciones: Ninguno

RECOMENDACIONES:

* Capacitación en ejecución segura de sus tareas
* Hábitos de estilo de vida saludable
* Autocuidado
* Ergonomía (higiene postural)
* Pausas activas
* Uso de EPP (Elementos de Protección Personal)

Recomendación: LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL, CUIDADO Y PROTECCION AMBIENTAL Y RESPIR ATORIO, ACATAR LOS LINEAMIENTOS Y NORMAS DE BIOSEGURIDAD CONTRA EL COVID-19 EMITIDOS POR MINSALUD, ASI COMO CONTRA LAS ENFER MEDADES ENDEMICAS DE LA ZONA DONDE LABORE.

DECLARACION DEL TRABADOR: H e sido infor mado sobre l a l egislación vigente en rel ación con el resguardo y confidencialidad de las Evaluaci ones Médicas Ocupacionales , específicamente l a RESOLUCION 2346 de 2007, en su artículo 9no: personal respons able de realizar las evaluaci ones médicas ocupacionales . Además de la RESOLUCION 1918 de 2009 Articulo 17: Custodia y entrega de las evaluaciones médicas ocupacionales y de l as historias clí nicas ocupacionales . Certifico que l as respuestas dadas por mí en éste exámen son verídicas y completas y autorizo a Empr esa BIOC ENTER SALUD OCUPACION AL S.A. S., a realizar el Exámen Médico Ocupaci onal y exámenes complementarios. Autorizo también suministrar a la empresa PARTICULARES l a información r equerida para el buen cumplimiento del Programa de Seguridad y Salud en el Trabaj o quien ejercerá vigilancia y control sobre la misma, bajo l os más estictos parámetros de confidencialidad y reserva.

Pablo Ignacio Moreno Ortiz

**RAMIREZ CORTES REGULO**
Licencia: 25 _0772 de 2019
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

**MORENO ORTIZ PABLO IGNACIO**
CC 93239487

| | | |
|---|---|---|
| Bienestar Empresarial | BIOCENTER SALUD OCUPACIONAL<br>**Resolución Secretaria de Salud del Tolima**<br>**No. 001107 del 10 de Mayo del 2021**<br>**Cod Prestador: 730010214601** | **CÓDIGO: RG-CALI-1**<br>**Versión: 01**<br>**Vigente desde: Noviembre 2016** |
| | **CONCEPTO DE APTITUD LABORAL INGRESO** | **Página 1 de 1** |

**Fecha: 2025-01-10** **SIIPS Web 5.0.0**

**IDENTIFICACION DE LA EMPRESA**

Empresa: CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO
Cargo: CONTRATISTA Ciudad: BOGOTA

**IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR**



Apellidos y Nombres: MORENO ORTIZ PABLO IGNACIO
Documento Identidad: CC 93239487
Fecha de Nacimiento: 1985-03-20
Sexo: M
Estado Civil: Soltero
ARL:
Fecha de Nacimiento: 1985-03-20
Dirección: CALIE 44 N 6A BIS B/ VILLA MARLEN 2
Teléfono: 3153063488

**EXAMENES REALIZADOS**

| | | | |
|---|---|---|---|
| EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL: | Si | | |
| VISIOMETRIA: | Si | ESPIROMETRIA: | No |
| AUDIOMETRIA: | Si | LABORATORIOS: | No |
| OPTOMETRIA: | Si | OTROS EXAMENES: | No |

**CALIFICACION DE APTITUD**

CONCEPTO MEDICO:

**Apto sin evidencia de alteración en salud**

Observaciones: CONTROL OPTOMETRICO ANUAL

RECOMENDACIONES:

* Capacitación en ejecución segura de sus tareas
* Hábitos de estilo de vida saludable
* Autocuidado
* Ergonomía (higiene postural)
* Pausas activas
* Uso de EPP (Elementos de Protección Personal)

Recomendación: LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL, CUIDADO Y PROTECCION AMBIENTAL Y RESPIRATORIO, ACATAR LOS LINEAMIENTOS Y NORMAS DE BIOSEGURIDAD CONTRA EL COVID-19 EMITIDOS POR MINSALUD, ASI COMO CONTRA LAS ENFERMEDADES ENDEMICAS DE LA ZONA DONDE LABORE.

DECLARACION DEL TRABADOR: He sido informado sobre la legislación vigente en relación con el resguardo y confidencialidad de las Evaluaciones Médicas Ocupacionales, específicamente la RESOLUCION 2346 de 2007, en su artículo 9no: personal responsable de realizar las evaluaciones médicas ocupacionales. Además de la RESOLUCION 1918 de 2009 Articulo 17: Custodia y entrega de las evaluaciones médicas ocupacionales y de las historias clínicas ocupacionales. Certifico que las respuestas dadas por mí en éste exámen son verídicas y completas y autorizo a Empresa BIOCENTER SALUD OCUPACIONAL S.A.S., a realizar el Exámen Médico Ocupacional y exámenes complementarios. Autorizo también suministrar a la empresa PARTICULARES la información requerida para el buen cumplimiento del Programa de Seguridad y Salud en el Trabajo quien ejercerá vigilancia y control sobre la misma, bajo los más estictos parámetros de confidencialidad y reserva.

Pablo Ignacio Moreno Ortiz

**RAMIREZ CORTES REGULO**
Licencia: 25 _0772 de 2019
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

**MORENO ORTIZ PABLO IGNACIO**
CC 93239487

**AUTODECLARACIÓN EN CONDUCTAS DE EXPLOTACIÓN Y ABUSO SEXUAL**

Yo Pablo Ignacio Moreno Ortiz identificado con número de cédula 93.239.487 declaro que no he cometido conductas de Explotación y Abuso Sexual, por lo tanto, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la Corporación Infancia y Desarrollo LA CID, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales de la CID, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se firma en la ciudad de Bogotá, el día diez (10) de enero de 2025

**Firma:** Pablo Ignacio Moreno Ortiz

**Nombre:** Pablo Ignacio Moreno Ortiz

**Cedula:** 93.239.487