

FECHA DE DILIGENCIONAMIENTO:

14/08/2025

DATOS PERSONALES

NOMBRE COMPLETO: _Albert David Galván Benítez_____
TIPO DE IDENTIFICACION: CC_X_ CE__ PAS__ NUMERO DE DOCUMENTO_____1067881222____

EXPEDIDO EN: _____Montería____ CIUDAD Y FECHA DE NACIMIENTO: _Montería, 05/10/1989

EDAD: ____35 años ESTADO CIVIL: _____Casado_CIUDAD DE RESIDENCIA: __Montería__

DIRECCION DE RESIDENCIA: _____carrera 8 #21-57____BARRIO___Chuchurruby_____

LOCALIDAD___Urbana____ TELEFONO FIJO_____SD_____ CELULAR___3135233351____

ESTRATO SOCIOECONOMICO ___3__

CORREO ELECTRONICO____albert198905@gmail.com_____

NACIONALIDAD: _____Colombiano_____

GRUPO ETNICO DANE (Raza): Mestizo __ Blanco__ Afrocolombiano__ Indígena__ Otros grupos_X_

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

RH: ___O+____ CABEZA MADRE O PADRE DE FAMILIA: SI_X_ NO__ No. HIJOS: ____3___

COMPOSICIÓN FAMILIAR
Núcleo familiar que vivan con el candidato(a)

NOMBRE COMPLETO	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO	EDAD	OCUPACIÓN
Danna Esther Urzola Causil	**20/05/1993**	**Esposa**	**32 años**	**Psicóloga especialista en SST**

NOMBRE COMPLETO	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO	EDAD	OCUPACIÓN
Valeria Galván Núñez	24/11/2008	Hija	16 años	Estudiante
Gianluca Galván Urzola	26/11/2017	Hijo	7 Años	Estudiante
Génesis Galván Urzola	13/02/2025	Hija	6 meses	NA

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	15/12/2006

EDUCACIÓN SUPERIOR

MODALIDAD ACADEMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	EN CURSO		TITULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
Presencial	8		x	Enfermero	12	2010	231185-2011
Presencial	3		x	Especialista en auditoria total de la calidad en salud	07	2014	
Presencial	4		x	Magister en salud publica	10	2024	
Virtual	1	x		Doctorando en ciencias de la educación e investigación			

OTRO ESTUDIOS

Educación no formal (diplomados, cursos, seminarios)

MODALIDAD ACADEMICA	EN CURSO		TITULO OBTENIDO	TERMINACIÓN	
	SI	NO		MES	AÑO
Virtual		x	Curso en Integridad y lucha contra la corrupción	02	2023
Virtual		x	Curso en manejo en Diagnóstico y manejo clínico del dengue	08	2023
Virtual		x	Diplomado en Docencia universitaria	08	2024
Virtual		x	Diplomado en atención primaria en salud	10	2024
Virtual		x	Curso prevención de la explotación y abuso sexual (PEAS)	11	2024
Virtual		x	Curso misión medica	02	2025

EXPERENCIA LABORAL

Registrar de la más reciente a la más antigua

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD					PUBLICA		PRIVADA		JEFE INMEDIATO			
Corporación De Infancia Y Desarrollo: LA CID.							X		Dayana Bernal			
DEPARTAMENTO/MUNICIPIO		CONTACTO TELEFONICO ENTIDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
Córdoba/Montería		6017389246					contratacion@cid.org.co					
DIRECCIÓN ENTIDAD		FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
CALLE 24D # 40-29, Bogotá- Colombia	DIA	18	MES	10	AÑO	24	DIA	30	MES	05	AÑO	2025
CARGO		TIPO DE CONTRATO					MOTIVO DE RETIRO					

Profesional de salud	Prestación de servicios	Terminación De convenio
PRINCIPALES FUNCIONES DESARROLLADAS	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. Llevar a cabo las actividades establecidas para el desarrollo del Proceso de Focalización. 3. 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. 4. 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. 5. Participar activamente en el desarrollo del Proceso de Gestión Estratégica [particularmente el componente de gestión de la calidad]. 7. 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. 8. Presentar un (1) informe mensual conforme a la estructura establecida por el equipo coordinador nacional. 9. 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. 10. 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. 11. Dar cumplimiento a la implementación de las recomendaciones de seguridad en terreno definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social. 12. 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. 13. 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.	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	**PUBLICA**	**PRIVADA**	**JEFE INMEDIATO**
Academia Frederick Floret		X	Doris Margot Álvarez
DEPARTAMENTO/MUNICIPIO	**CONTACTO TELEFONICO ENTIDAD**	**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**	

CÓRDOBA/MONTERÍA	3218930828						Academiafrederickfloretoficial@gmail.com						
DIRECCIÓN ENTIDAD	**FECHA DE INGRESO**						**FECHA DE RETIRO**						
Calle 27 #10-21 centro	**DIA**	**28**	**MES**	**01**	**AÑO**	**22**	**DIA**	**01**	**MES**	**03**	**AÑO**	**25**	
CARGO	**TIPO DE CONTRATO**						**MOTIVO DE RETIRO**						
Coordinador académico y de educación continuada.	Prestación de servicios (horas cátedras)						Renuncia						
PRINCIPALES FUNCIONES DESARROLLADAS	1. Planear y programar las actividades académicas 2. Organizar a los profesores por niveles, grados y áreas 3. Coordinar la acción académica con la de administración Establecer canales de comunicación con los docentes 4. Evaluar el rendimiento académico. Elaborar el horario de clases Fomentar la investigación científica 5. Presentar informes al rector sobre los resultados académicos 6. Solicitar el material didáctico necesario Supervisar el seguimiento de los estudiantes en riesgo Participar en la elaboración del plan de rotación de puestos de aprendizaje e Gestionar y establecer convenios de aprendizaje ◦ Coordinar y supervisar la formación profesional de los estudiantes 7. Mantener comunicación sobre avances, necesidades y problemática Interpretar y hacer cumplir las disposiciones de los códigos estatales de educación 8.Capacitar y orientar a los maestros 9.Observar el trabajo del personal docente para evaluar el desempeño.												

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD					**PUBLICA**	**PRIVADA**	**JEFE INMEDIATO**						
Gobernación de Córdoba					X		Irlena Bolemo						
DEPARTAMENTO/MUNICIPIO	**CONTACTO TELEFONICO ENTIDAD**						**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**						
CÓRDOBA/MONTERÍA	6043204686						Contactenos@cordoba.gov.co						
DIRECCIÓN ENTIDAD	**FECHA DE INGRESO**						**FECHA DE RETIRO**						
Calle 27 #3-28 palacio de Nain	**DIA**	**28**	**MES**	**02**	**AÑO**	**23**	**DIA**	**27**	**MES**	**12**	**AÑO**	**23**	
CARGO	**TIPO DE CONTRATO**						**MOTIVO DE RETIRO**						
Referente PAI	Prestación de servicios						Terminación de Contrato						

PRINCIPALES FUNCIONES DESARROLLADAS	1. Presentar los primeros 5 días de cada mes el cronograma de trabajo mensual a realizar durante la vigencia del contrato. 2. Realizar una (1) visita de actualización de la línea de base a los Municipios del Departamento de Córdoba, asignados por el Coordinador PAI Departamental, con el fin de Identificar y priorizar las acciones a fortalecer en el marco de la gestión del PAI. Dichas visitas deben realizarse en las primeras 4 semanas a partir del inicio del contrato. Soportes generados para esta actividad son; Formato de línea de base diligenciada a cada Municipio visitado, oficio de convocatoria y/o concertación de visita, Actas de visita, Listado de asistencia y registro fotográfico. 3. Realizar dos (2) visitas integrales de asistencia técnica, seguimiento a planes de mejora instaurados en visita inicial, análisis de indicadores, fortalecimiento de capacidades y supervisión del Programa Ampliado de Inmunización por componentes, con base a los lineamientos Técnicos y administrativos del PAI, establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, a los Municipios del Departamento de Córdoba, asignados por el Coordinador PAI Departamental. Soportes requeridos de esta actividad: Actas de reunión, Listados de asistencia, Registro fotográfico, Formatos de seguimiento a Plan de Mejora. 4. Realizar dos (2) mesas de trabajo a los municipios asignados que presenten de alto riesgo y coberturas criticas de vacunación, para fortalecer la gestión y operación del programa, articulado con la Dirección Local de Salud Municipal, el Coordinador PAI Municipal y/o Institucional, las EAPB presentes en el territorio y aliados estratégicos del programa en el Municipio (ICBF, DPS, Secretaria de Educación Municipal, ONG, entre otros), para definir acciones conjuntas para el mejoramiento de la gestión del programa PAI en el municipio. Soportes requeridos de esta actividad: Acta de reunión, Listados de asistencia, Registro fotográfico, Formatos de Plan de Acción. 5. Enviar de forma mensual a la Coordinación PAI Departamental y a la Coordinación de IVC, notificación de los Municipios que Incumplan con los compromisos, requerimientos, planes de mejora, o responsabilidades establecidas en las asistencias técnicas, en el marco de los lineamientos nacionales para la Gestión y Administración del Programa Ampliado de Inmunización y hacer seguimiento de las respuestas y/o procesos derivados de dichos requerimientos. 6. Brindar apoyo técnico y administrativo a las Secretarías de Salud de los Municipios asignados durante las jornadas nacionales y/o Departamentales de vacunación emitidas en la vigencia 2023, teniendo en cuenta los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social y/o directrices Departamentales según corresponda. Para evidenciar esta actividad el contratista realizará informe ejecutivo con los resultados y acciones desarrolladas en cada jomada programada y registro fotográfico. 7. Participar en espacios de crecimiento académico y escenarios de análisis, como comités de vigilancia epidemiológica, unidades de análisis y salas situacionales de los eventos de enfermedades inmuno prevenibles - PAI- notificados en los Municipios asignados y programados por el referente de vigilancia de las enfermedades inmuno prevenibles de la Secretaria de Desarrollo de la Salud. Para evidenciar el cumplimiento de esta obligación deberá aportar actas de reunión, listados de asistencias y registro fotográfico. 8. Apoyar en la coordinación, gestión, supervisión de la ejecución y cierre del Plan Nacional de Vacunación contra el COVID19 del Departamento de Córdoba y de los municipios asignados, en el marco de la competencia del Ente Territorial. Para evidenciar el cumplimiento de esta obligación deberá aportar actas de reunión, listados de asistencias y registro fotográfico. 9. Apoyar al PAI Departamental en la respuesta de los requerimientos de la alta dirección, y los formulados por los entes de control, Ministerio de Salud y Protección Social y la Secretaría de Desarrollo de la Salud, de acuerdo con su competencia. En tal caso la evidencia de esta actividad deberá presentar la solicitud y respuesta de la información requerida, según corresponda. 10. Presentar un informe ejecutivo mensual al Coordinador PAI, sobre la gestión realizada del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) de los municipios asignados, de conformidad con los formatos establecidos por la Secretaria de Desarrollo de la Salud para este efecto; en el informe deberá hacer un análisis mensual de los indicadores (acceso/deserción), coberturas

	de vacunación, seguimiento a los compromisos de las asistencia técnica y proponer las acciones de mejoramiento de coberturas de vacunación. Soporte: Informe ejecutivo mensual. 11. Desarrollar las demás funciones que asigne el supervisor del contrato de acuerdo con el nivel, la naturaleza y el área de desempeño del cargo.

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD				**PUBLICA**	**PRIVADA**	**JEFE INMEDIATO**						
Gobernación de Córdoba				X		Irlena Bolemo						
DEPARTAMENTO/MUNICIPIO	**CONTACTO TELEFONICO ENTIDAD**					**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**						
CÓRDOBA/MONTERÍA	6043204686					Contactenos@cordoba.gov.co						
DIRECCIÓN ENTIDAD	**FECHA DE INGRESO**					**FECHA DE RETIRO**						
Calle 27 #3-28 palacio de Nain	**DIA**	**21**	**MES**	**01**	**AÑO** **22**	**DIA**	**20**	**MES**	**08**	**AÑO**	**22**	
CARGO	**TIPO DE CONTRATO**					**MOTIVO DE RETIRO**						
Referente PAI	Prestación de servicios					Terminación de Contrato						
PRINCIPALES FUNCIONES DESARROLLADAS	1. Presentar los primeros 5 días de cada mes el cronograma de trabajo mensual a realizar durante la vigencia del contrato. 2. Realizar una (1) visita de actualización de la línea de base a los Municipios del Departamento de Córdoba, asignados por el Coordinador PAI Departamental, con el fin de Identificar y priorizar las acciones a fortalecer en el marco de la gestión del PAI. Dichas visitas deben realizarse en las primeras 4 semanas a partir del inicio del contrato. Soportes generados para esta actividad son; Formato de línea de base diligenciada a cada Municipio visitado, oficio de convocatoria y/o concertación de visita, Actas de visita, Listado de asistencia y registro fotográfico. 3. Realizar dos (2) visitas integrales de asistencia técnica, seguimiento a planes de mejora instaurados en visita inicial, análisis de indicadores, fortalecimiento de capacidades y supervisión del Programa Ampliado de Inmunización por componentes, con base a los lineamientos Técnicos y administrativos del PAI, establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, a los Municipios del Departamento de Córdoba, asignados por el Coordinador PAI Departamental. Soportes requeridos de esta actividad: Actas de reunión, Listados de asistencia, Registro fotográfico, Formatos de seguimiento a Plan de Mejora. 4. Realizar dos (2) mesas de trabajo a los municipios asignados que presenten de alto riesgo y coberturas criticas de vacunación, para fortalecer la gestión y operación del programa, articulado con la Dirección Local de Salud Municipal, el Coordinador PAI Municipal y/o Institucional, las EAPB presentes en el territorio y aliados estratégicos del programa en el Municipio (ICBF, DPS, Secretaria de Educación Municipal, ONG, entre otros), para definir acciones conjuntas para el mejoramiento de la gestión del programa PAI en el municipio. Soportes requeridos de esta actividad: Acta de reunión, Listados de asistencia, Registro fotográfico, Formatos de Plan de Acción. 5. Enviar de forma mensual a la Coordinación PAI Departamental y a la Coordinación de IVC, notificación de los Municipios que Incumplan con los compromisos, requerimientos, planes de											

	mejora, o responsabilidades establecidas en las asistencias técnicas, en el marco de los lineamientos nacionales para la Gestión y Administración del Programa Ampliado de Inmunización y hacer seguimiento de las respuestas y/o procesos derivados de dichos requerimientos. 6. Brindar apoyo técnico y administrativo a las Secretarías de Salud de los Municipios asignados durante las jornadas nacionales y/o Departamentales de vacunación emitidas en la vigencia 2023, teniendo en cuenta los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social y/o directrices Departamentales según corresponda. Para evidenciar esta actividad el contratista realizará informe ejecutivo con los resultados y acciones desarrolladas en cada jomada programada y registro fotográfico. 7. Participar en espacios de crecimiento académico y escenarios de análisis, como comités de vigilancia epidemiológica, unidades de análisis y salas situacionales de los eventos de enfermedades inmuno prevenibles - PAI- notificados en los Municipios asignados y programados por el referente de vigilancia de las enfermedades inmuno prevenibles de la Secretaria de Desarrollo de la Salud. Para evidenciar el cumplimiento de esta obligación deberá aportar actas de reunión, listados de asistencias y registro fotográfico. 8. Apoyar en la coordinación, gestión, supervisión de la ejecución y cierre del Plan Nacional de Vacunación contra el COVID19 del Departamento de Córdoba y de los municipios asignados, en el marco de la competencia del Ente Territorial. Para evidenciar el cumplimiento de esta obligación deberá aportar actas de reunión, listados de asistencias y registro fotográfico. 9. Apoyar al PAI Departamental en la respuesta de los requerimientos de la alta dirección, y los formulados por los entes de control, Ministerio de Salud y Protección Social y la Secretaría de Desarrollo de la Salud, de acuerdo con su competencia. En tal caso la evidencia de esta actividad deberá presentar la solicitud y respuesta de la información requerida, según corresponda. 10. Presentar un informe ejecutivo mensual al Coordinador PAI, sobre la gestión realizada del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) de los municipios asignados, de conformidad con los formatos establecidos por la Secretaria de Desarrollo de la Salud para este efecto; en el informe deberá hacer un análisis mensual de los indicadores (acceso/deserción), coberturas de vacunación, seguimiento a los compromisos de las asistencia técnica y proponer las acciones de mejoramiento de coberturas de vacunación. Soporte: Informe ejecutivo mensual. 11. Desarrollar las demás funciones que asigne el supervisor del contrato de acuerdo con el nivel, la naturaleza y el área de desempeño del cargo.

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD				**PUBLICA**	**PRIVADA**	**JEFE INMEDIATO**						
Gobernación de Córdoba				X		Irlena Bolemo						
DEPARTAMENTO/MUNICIPIO	**CONTACTO TELEFONICO ENTIDAD**					**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**						
CÓRDOBA/MONTERÍA	6043204686					Contactenos@cordoba.gov.co						
DIRECCIÓN ENTIDAD	**FECHA DE INGRESO**						**FECHA DE RETIRO**					
Calle 27 #3-28 palacio de Nain	**DIA**	**04**	**MES**	**10**	**AÑO**	**22**	**DIA**	**23**	**MES**	**12**	**AÑO**	**22**
CARGO	**TIPO DE CONTRATO**						**MOTIVO DE RETIRO**					
Referente PAI	Prestación de servicios						Terminación de Contrato					

PRINCIPALES FUNCIONES DESARROLLADAS	1. Presentar los primeros 5 días de cada mes el cronograma de trabajo mensual a realizar durante la vigencia del contrato. 2. Realizar una (1) visita de actualización de la línea de base a los Municipios del Departamento de Córdoba, asignados por el Coordinador PAI Departamental, con el fin de Identificar y priorizar las acciones a fortalecer en el marco de la gestión del PAI. Dichas visitas deben realizarse en las primeras 4 semanas a partir del inicio del contrato. Soportes generados para esta actividad son; Formato de línea de base diligenciada a cada Municipio visitado, oficio de convocatoria y/o concertación de visita, Actas de visita, Listado de asistencia y registro fotográfico. 3. Realizar dos (2) visitas integrales de asistencia técnica, seguimiento a planes de mejora instaurados en visita inicial, análisis de indicadores, fortalecimiento de capacidades y supervisión del Programa Ampliado de Inmunización por componentes, con base a los lineamientos Técnicos y administrativos del PAI, establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, a los Municipios del Departamento de Córdoba, asignados por el Coordinador PAI Departamental. Soportes requeridos de esta actividad: Actas de reunión, Listados de asistencia, Registro fotográfico, Formatos de seguimiento a Plan de Mejora. 4. Realizar dos (2) mesas de trabajo a los municipios asignados que presenten de alto riesgo y coberturas criticas de vacunación, para fortalecer la gestión y operación del programa, articulado con la Dirección Local de Salud Municipal, el Coordinador PAI Municipal y/o Institucional, las EAPB presentes en el territorio y aliados estratégicos del programa en el Municipio (ICBF, DPS, Secretaria de Educación Municipal, ONG, entre otros), para definir acciones conjuntas para el mejoramiento de la gestión del programa PAI en el municipio. Soportes requeridos de esta actividad: Acta de reunión, Listados de asistencia, Registro fotográfico, Formatos de Plan de Acción. 5. Enviar de forma mensual a la Coordinación PAI Departamental y a la Coordinación de IVC, notificación de los Municipios que Incumplan con los compromisos, requerimientos, planes de mejora, o responsabilidades establecidas en las asistencias técnicas, en el marco de los lineamientos nacionales para la Gestión y Administración del Programa Ampliado de Inmunización y hacer seguimiento de las respuestas y/o procesos derivados de dichos requerimientos. 6. Brindar apoyo técnico y administrativo a las Secretarías de Salud de los Municipios asignados durante las jornadas nacionales y/o Departamentales de vacunación emitidas en la vigencia 2023, teniendo en cuenta los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social y/o directrices Departamentales según corresponda. Para evidenciar esta actividad el contratista realizará informe ejecutivo con los resultados y acciones desarrolladas en cada jomada programada y registro fotográfico. 7. Participar en espacios de crecimiento académico y escenarios de análisis, como comités de vigilancia epidemiológica, unidades de análisis y salas situacionales de los eventos de enfermedades inmuno prevenibles - PAI- notificados en los Municipios asignados y programados por el referente de vigilancia de las enfermedades inmuno prevenibles de la Secretaria de Desarrollo de la Salud. Para evidenciar el cumplimiento de esta obligación deberá aportar actas de reunión, listados de asistencias y registro fotográfico. 8. Apoyar en la coordinación, gestión, supervisión de la ejecución y cierre del Plan Nacional de Vacunación contra el COVID19 del Departamento de Córdoba y de los municipios asignados, en el marco de la competencia del Ente Territorial. Para evidenciar el cumplimiento de esta obligación deberá aportar actas de reunión, listados de asistencias y registro fotográfico. 9. Apoyar al PAI Departamental en la respuesta de los requerimientos de la alta dirección, y los formulados por los entes de control, Ministerio de Salud y Protección Social y la Secretaría de Desarrollo de la Salud, de acuerdo con su competencia. En tal caso la evidencia de esta actividad deberá presentar la solicitud y respuesta de la información requerida, según corresponda. 10. Presentar un informe ejecutivo mensual al Coordinador PAI, sobre la gestión realizada del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) de los municipios asignados, de conformidad con los formatos establecidos por la Secretaria de Desarrollo de la Salud para este efecto; en el informe deberá hacer un análisis mensual de los indicadores (acceso/deserción), coberturas

	de vacunación, seguimiento a los compromisos de las asistencia técnica y proponer las acciones de mejoramiento de coberturas de vacunación. Soporte: Informe ejecutivo mensual. 11. Desarrollar las demás funciones que asigne el supervisor del contrato de acuerdo con el nivel, la naturaleza y el área de desempeño del cargo.

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD				**PUBLICA**	**PRIVADA**	**JEFE INMEDIATO**						
Gobernación de Córdoba				X		Irlena Bolemo						
DEPARTAMENTO/MUNICIPIO	**CONTACTO TELEFONICO ENTIDAD**					**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**						
CÓRDOBA/MONTERÍA	6043204686					Contactenos@cordoba.gov.co						
DIRECCIÓN ENTIDAD	**FECHA DE INGRESO**					**FECHA DE RETIRO**						
Calle 27 #3-28 palacio de Nain	**DIA**	**22**	**MES**	**02**	**AÑO** **21**	**DIA**	**21**	**MES**	**11**	**AÑO**	**21**	
CARGO	**TIPO DE CONTRATO**					**MOTIVO DE RETIRO**						
Referente PAI	Prestación de servicios					Terminación de Contrato						
PRINCIPALES FUNCIONES DESARROLLADAS	1. Presentar los primeros 5 días de cada mes el cronograma de trabajo mensual a realizar durante la vigencia del contrato. 2. Realizar una (1) visita de actualización de la línea de base a los Municipios del Departamento de Córdoba, asignados por el Coordinador PAI Departamental, con el fin de Identificar y priorizar las acciones a fortalecer en el marco de la gestión del PAI. Dichas visitas deben realizarse en las primeras 4 semanas a partir del inicio del contrato. Soportes generados para esta actividad son; Formato de línea de base diligenciada a cada Municipio visitado, oficio de convocatoria y/o concertación de visita, Actas de visita, Listado de asistencia y registro fotográfico. 3. Realizar dos (2) visitas integrales de asistencia técnica, seguimiento a planes de mejora instaurados en visita inicial, análisis de indicadores, fortalecimiento de capacidades y supervisión del Programa Ampliado de Inmunización por componentes, con base a los lineamientos Técnicos y administrativos del PAI, establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, a los Municipios del Departamento de Córdoba, asignados por el Coordinador PAI Departamental. Soportes requeridos de esta actividad: Actas de reunión, Listados de asistencia, Registro fotográfico, Formatos de seguimiento a Plan de Mejora. 4. Realizar dos (2) mesas de trabajo a los municipios asignados que presenten de alto riesgo y coberturas criticas de vacunación, para fortalecer la gestión y operación del programa, articulado con la Dirección Local de Salud Municipal, el Coordinador PAI Municipal y/o Institucional, las EAPB presentes en el territorio y aliados estratégicos del programa en el Municipio (ICBF, DPS, Secretaria de Educación Municipal, ONG, entre otros), para definir acciones conjuntas para el mejoramiento de la gestión del programa PAI en el municipio. Soportes requeridos de esta actividad: Acta de reunión, Listados de asistencia, Registro fotográfico, Formatos de Plan de Acción. 5. Enviar de forma mensual a la Coordinación PAI Departamental y a la Coordinación de IVC, notificación de los Municipios que Incumplan con los compromisos, requerimientos, planes de											

	mejora, o responsabilidades establecidas en las asistencias técnicas, en el marco de los lineamientos nacionales para la Gestión y Administración del Programa Ampliado de Inmunización y hacer seguimiento de las respuestas y/o procesos derivados de dichos requerimientos. 6. Brindar apoyo técnico y administrativo a las Secretarías de Salud de los Municipios asignados durante las jornadas nacionales y/o Departamentales de vacunación emitidas en la vigencia 2023, teniendo en cuenta los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social y/o directrices Departamentales según corresponda. Para evidenciar esta actividad el contratista realizará informe ejecutivo con los resultados y acciones desarrolladas en cada jomada programada y registro fotográfico. 7. Participar en espacios de crecimiento académico y escenarios de análisis, como comités de vigilancia epidemiológica, unidades de análisis y salas situacionales de los eventos de enfermedades inmuno prevenibles - PAI- notificados en los Municipios asignados y programados por el referente de vigilancia de las enfermedades inmuno prevenibles de la Secretaria de Desarrollo de la Salud. Para evidenciar el cumplimiento de esta obligación deberá aportar actas de reunión, listados de asistencias y registro fotográfico. 8. Apoyar en la coordinación, gestión, supervisión de la ejecución y cierre del Plan Nacional de Vacunación contra el COVID19 del Departamento de Córdoba y de los municipios asignados, en el marco de la competencia del Ente Territorial. Para evidenciar el cumplimiento de esta obligación deberá aportar actas de reunión, listados de asistencias y registro fotográfico. 9. Apoyar al PAI Departamental en la respuesta de los requerimientos de la alta dirección, y los formulados por los entes de control, Ministerio de Salud y Protección Social y la Secretaría de Desarrollo de la Salud, de acuerdo con su competencia. En tal caso la evidencia de esta actividad deberá presentar la solicitud y respuesta de la información requerida, según corresponda. 10. Presentar un informe ejecutivo mensual al Coordinador PAI, sobre la gestión realizada del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) de los municipios asignados, de conformidad con los formatos establecidos por la Secretaria de Desarrollo de la Salud para este efecto; en el informe deberá hacer un análisis mensual de los indicadores (acceso/deserción), coberturas de vacunación, seguimiento a los compromisos de las asistencia técnica y proponer las acciones de mejoramiento de coberturas de vacunación. Soporte: Informe ejecutivo mensual. 11. Desarrollar las demás funciones que asigne el supervisor del contrato de acuerdo con el nivel, la naturaleza y el área de desempeño del cargo.

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD				**PUBLICA**		**PRIVADA**		**JEFE INMEDIATO**				
Gobernación de Córdoba				X				Victoria Correa				
DEPARTAMENTO/MUNICIPIO	**CONTACTO TELEFONICO ENTIDAD**					**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**						
CÓRDOBA/MONTERÍA	6047848940					Contactenos@cordoba.gov.co						
DIRECCIÓN ENTIDAD	**FECHA DE INGRESO**						**FECHA DE RETIRO**					
Calle 27 #3-28 palacio de Nain	**DIA**	**28**	**MES**	**08**	**AÑO**	**20**	**DIA**	**27**	**MES**	**12**	**AÑO**	**20**
CARGO	**TIPO DE CONTRATO**						**MOTIVO DE RETIRO**					
Referente vigilancia en salud pública	Prestación de servicios						Terminación de Contrato					

PRINCIPALES FUNCIONES DESARROLLADAS	Referente de vigilancia epidemiológica: 1. Presentar los primeros 5 días de cada mes el cronograma de trabajo mensual y notificar por escrito los cambios que se presenten durante la vigencia del contrato. 2. Realizar y enviar el informe y análisis Vigilancia de Huérfanas Raras, Infecciones asociadas a la atención en salud: Resistencia Bacteriana (RAM), Consumo de antimicrobianos (CAB), infecciones asociadas a la atención en salud (IIAAS) e infecciones asociadas a procedimientos con fecha de corte hasta la semana epidemiológica52 de 2019. Se realizará bajo los parámetros descritos del INS. Fecha de envío, previa revisión de acuerdo a lo definido en los lineamientos de vigilancia en salud publica 2020, previa revisión del mismo. 3. Realizar como mínimo 2 asistencias técnicas por municipio: Una inicial para para brindar asistencia técnica que incluya un análisis de la situación del evento, dificultades en el proceso de vigilancia en salud pública (debilidades, fortalezas, talento humano, etc.,) realizado por las Direcciones Locales de Salud, EAPB e IPS públicas y privadas que operan en los 30 municipios, para verificar que estos desarrollen adecuadamente la acciones propias de Vigilancia de las Huérfanas Raras, Infecciones asociadas a la atención en salud: Resistencia Bacteriana (RAM), Consumo de antimicrobianos (CAB), infecciones asociadas a la atención en salud (IIAAS) e infecciones asociadas a procedimientos, como notificación, recopilación, análisis y documentación de investigaciones de campo. Una segunda visita para realizar la evaluación de los procesos de vigilancia epidemiológica relacionados con el evento. Durante el aislamiento se realizarán de manera virtual y una vez superado esto podrán realizarse las visitas a los municipios. 4. Realizar por cada caso los requerimientos y seguimientos a través de oficios, correos electrónicos, circulares, entre otros, necesarios para obtener la información que solicite el Ministerio de Salud y Protección Social, el Instituto Nacional de Salud e instituciones nacionales de control para la vigilancia de Huérfanas Raras, Infecciones asociadas a la atención en salud: Resistencia Bacteriana (RAM), Consumo de antimicrobianos 6. Notificar semanalmente a las EAPB la información de la vigilancia de, Huérfanas Raras, Infecciones asociadas a la atención en salud: Resistencia Bacteriana (RAM), Consumo de antimicrobianos (CAB), infecciones asociadas a la atención en salud (IIAAS) e infecciones asociadas a procedimientos. Solicitar un informe de lo actuado de acuerdo a sus competencias. Realizar seguimiento a la solicitud e informe enviado y notificar a la Dirección de IVC sobre el incumplimiento. 7. Realizar la búsqueda activa en los registros individuales de prestación de servicios de Salud (RIPS), libros o registros de los procedimientos quirúrgicos de salas de cirugía de casos de Huérfanas Raras, Infecciones asociadas a la atención en salud: Resistencia Bacteriana (RAM), Consumo de antimicrobianos (CAB), infecciones asociadas a la atención en salud (IIAAS) e infecciones asociadas a procedimientos. Formular de acuerdo a los hallazgos un plan de mejoramiento con verificación del cumplimiento inmediato y notificar a la Dirección de IVC.

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	**PUBLICA**	**PRIVADA**	**JEFE INMEDIATO**
Expert Medical		X	Luz Amparo Pelaez
DEPARTAMENTO/MUNICIPIO	**CONTACTO TELEFONICO ENTIDAD**	**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**	
CÓRDOBA/MONTERÍA	6043204686	arango@expertmedica.com.co	

DIRECCIÓN ENTIDAD	**FECHA DE INGRESO**						**FECHA DE RETIRO**					
Av 33#74B-163 los laureles	**DIA**	**02**	**MES**	**07**	**AÑO**	**15**	**DIA**	**10**	**MES**	**02**	**AÑO**	**23**
CARGO	**TIPO DE CONTRATO**						**MOTIVO DE RETIRO**					
Auditor de calidad	Término indefinido						Renuncia					
PRINCIPALES FUNCIONES DESARROLLADAS	Procesos de verificación, auditoria, concurrencia a prestadores de servicios de salud, ejercer labores como: Interpretación y cumplimiento de las normativas de salud (Realizar la revisión de registros médicos, hacer inspecciones en los centros de salud, evaluar el cumplimiento de los protocolos y guías clínicas establecidas), evaluación de la calidad de los servicios de salud, detección de fraudes y malas prácticas en el sistema de salud, educación y capacitación en la normatividad vigente, formulación de planes de mejora, diagnósticos organizacionales, verificación de pertinencia, idoneidad, accesibilidad y oportunidad de las atenciones en salud.											

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD						**PUBLICA**	**PRIVADA**	**JEFE INMEDIATO**				
Academia Frederick Floret							X	Doris Margot Álvarez				
DEPARTAMENTO/MUNICIPIO	**CONTACTO TELEFONICO ENTIDAD**						**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**					
CÓRDOBA/MONTERÍA	3218930828						Academiafrederickfloretoficial@gmail.com					
DIRECCIÓN ENTIDAD	**FECHA DE INGRESO**						**FECHA DE RETIRO**					
Calle 27 #10-21 centro	**DIA**	**10**	**MES**	**02**	**AÑO**	**14**	**DIA**	**14**	**MES**	**12**	**AÑO**	**19**
CARGO	**TIPO DE CONTRATO**						**MOTIVO DE RETIRO**					
Docente	Prestación de servicios (96 horas cátedras mensuales)						Asignación cargo Coordinador.					
PRINCIPALES FUNCIONES DESARROLLADAS	Actividades administrativas: 1. Planificar, preparar y dictar clases en las asignaturas asignadas, utilizando metodologías pedagógicas innovadoras y recursos didácticos adecuados. 2. Evaluar el rendimiento estudiantil mediante la elaboración y aplicación de instrumentos de evaluación pertinentes. 3. Brindar orientación académica y apoyo a los estudiantes en sus procesos de aprendizaje, proyectos de grado actividades extracurriculares, promoviendo el desarrollo integral y profesional. 4. Participar en reuniones académicas, comités y jornadas de capacitación docente. 5. Elaborar y entregar informes académicos, actas de valuación y demás documentos requeridos por la institución. Actividades específicas: Las competencias a desarrollar en las áreas del programa en: I, II-III CICLO, son:											

	1. Anatomía, fisiología y farmacología (programas técnicos por competencias de enfermería, farmacia, y salud pública) 2. Administrar, alistar, aplicar y Vigilar medicamentos, así como las acciones farmacéuticas (farmacocinética y farmacodinamia) según técnicas que establezcan los principios legales vigentes y los programas de farmacovigilancia y tecno vigilancia 3. Asistir a personas según condiciones del usuario asignación o delegación del profesional guías protocolos vigentes. 4. Participar en el cuidado de las personas para el mantenimiento y recuperación de las funciones de los diferentes sistemas por grupos etarios (MEDICO- QUIRURGICA, CLINICA BASICA,) • Brindar atención integral al individuo y la familia en relación al ciclo vital de acuerdo con contexto social, político, cultural y ético (MATERNO INFANTIL) 5. Desarrollo formativo de las rutas según la resolución 3280/2018 así como a la implementación del sistema de atención primario en salud según ciclo de la vida (primera infancia, infancia, adolescencia, adultez, vejez) 6. Normas enfocadas en la prevención y manejo de enfermedades y eventos de interés en salud pública. ◦ Manejo del proceso médico- legales de RESOLUCION NUMERO 1995 DE 1999 (Julio 8), Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica en Colombia.

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD				**PUBLICA**		**PRIVADA**		**JEFE INMEDIATO**				
Konekta temporal LTDA						x		Nayibe Julio				
DEPARTAMENTO/MUNICIPIO	**CONTACTO TELEFONICO ENTIDAD**					**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**						
CÓRDOBA/MONTERÍA	6047810275					Konektatemporal@hotmail.com						
DIRECCIÓN ENTIDAD	**FECHA DE INGRESO**					**FECHA DE RETIRO**						
Carrera 9 #40-20 oficina 202	**DIA**	**01**	**MES**	**08**	**AÑO**	**12**	**DIA**	**31**	**MES**	**12**	**AÑO**	**13**
CARGO	**TIPO DE CONTRATO**					**MOTIVO DE RETIRO**						
Jefe de enfermería	Contrato a término indefinido					Renuncia						
PRINCIPALES FUNCIONES DESARROLLADAS	1. Planificación y programación: Elaborar el plan operativo anual de PY P , definir objetivos y metas, y establecer estrategias para alcanzarlos. 2. Coordinación y supervisión: Organizar y distribuir las actividades entre el personal de enfermería, supervisar su ejecución y asegurar el cumplimiento de los protocolos y procedimientos. 3. Ejecución de actividades: Participar activamente en la implementación de programas de P Y P, como vacunación, educación para la salud, detección temprana de enfermedades, entre otros. 4. Evaluación: Realizar seguimiento y evaluación de los resultados de las actividades de P Y P, identificando áreas de mejora y proponiendo acciones correctivas. 5. Gestión de recursos: Gestionar el personal, los recursos materiales y financieros necesarios para el desarrollo de las actividades de PY P. 6. Educación y capacitación: Brindar capacitación al personal de enfermería y a la comunidad sobre temas relacionados con la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.											

	7. Participación en redes de salud: Colaborar con otras instituciones y organizaciones para fortalecer las acciones de P Y P a nivel local y regional. 8. Elaboración de informes: Preparar informes y reportes sobre las actividades realizadas, los resultados obtenidos y las necesidades identificadas. 9. Asesoramiento: Brindar asesoramiento técnico y orientación al personal de enfermería y a la comunidad en temas de P Y P.

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD				**PUBLICA**	**PRIVADA**	**JEFE INMEDIATO**						
Konekta temporal LTDA					x	Nayibe Julio						
DEPARTAMENTO/MUNICIPIO	**CONTACTO TELEFONICO ENTIDAD**						**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**					
CÓRDOBA/MONTERÍA	6047810275						Konektatemporal@hotmail.com					
DIRECCIÓN ENTIDAD	**FECHA DE INGRESO**						**FECHA DE RETIRO**					
Carrera 9 #40-20 oficina 202	**DIA**	**02**	**MES**	**08**	**AÑO**	**12**	**DIA**	**31**	**MES**	**12**	**AÑO**	**14**
CARGO	**TIPO DE CONTRATO**						**MOTIVO DE RETIRO**					
Jefe de enfermería	Contrato a término indefinido						Renuncia					
PRINCIPALES FUNCIONES DESARROLLADAS	1. Planificación y programación: Elaborar el plan operativo anual de PY P , definir objetivos y metas, y establecer estrategias para alcanzarlos. 2. Coordinación y supervisión: Organizar y distribuir las actividades entre el personal de enfermería, supervisar su ejecución y asegurar el cumplimiento de los protocolos y procedimientos. 3. Ejecución de actividades: Participar activamente en la implementación de programas de P Y P, como vacunación, educación para la salud, detección temprana de enfermedades, entre otros. 4. Evaluación: Realizar seguimiento y evaluación de los resultados de las actividades de P Y P, identificando áreas de mejora y proponiendo acciones correctivas. 5. Gestión de recursos: Gestionar el personal, los recursos materiales y financieros necesarios para el desarrollo de las actividades de PY P. 6. Educación y capacitación: Brindar capacitación al personal de enfermería y a la comunidad sobre temas relacionados con la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. 7. Participación en redes de salud: Colaborar con otras instituciones y organizaciones para fortalecer las acciones de P Y P a nivel local y regional. 8. Elaboración de informes: Preparar informes y reportes sobre las actividades realizadas, los resultados obtenidos y las necesidades identificadas. 9. Asesoramiento: Brindar asesoramiento técnico y orientación al personal de enfermería y a la comunidad en temas de P Y P. 10. Participación en la gestión de calidad: Contribuir a la mejora continua de la calidad de los servicios de P Y P, implementando acciones de mejora y participando en procesos de acreditación.											

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD					PUBLICA	PRIVADA	JEFE INMEDIATO					
Integridad SAS						X	Delber Beltrán					
DEPARTAMENTO/MUNICIPIO	CONTACTO TELEFONICO ENTIDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
CÓRDOBA/Valencia	2504633 ext. 101, 104 o 106					directorath@grupoempresarialintegra.com						
DIRECCIÓN ENTIDAD	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
Carrera 80 C #33-11	DIA	01	MES	01	AÑO 12	DIA	30	MES	06	AÑO	12	
CARGO	TIPO DE CONTRATO					MOTIVO DE RETIRO						
Jefe de enfermería	Contrato a término fijo					Renuncia						
PRINCIPALES FUNCIONES DESARROLLADAS	1. Planificación, organización, dirección y control: El jefe de enfermería planifica, organiza, dirige y controla los recursos humanos, financieros y materiales para cumplir con los objetivos de la institución. 2. Gestión del personal: Se encarga de la contratación, capacitación, evaluación y distribución del personal de enfermería, asegurando una adecuada dotación de personal y su desarrollo profesional. 3. Supervisión y control de la atención: Supervisa la calidad de los cuidados de enfermería, asegurando que se cumplan los protocolos y normativas, y que se brinde una atención segura y efectiva. 4. Desarrollo de políticas y procedimientos: Participa en la elaboración e implementación de políticas y procedimientos de enfermería, así como en la promoción de prácticas seguras y efectivas. 5. Coordinación con otros departamentos: Colabora con otros departamentos médicos y administrativos para asegurar una atención coordinada y eficiente al paciente. 6. Resolución de problemas: Interviene en la resolución de problemas y conflictos que puedan surgir en el servicio de enfermería, buscando soluciones que beneficien tanto al personal como a los pacientes. 7. Educación y formación: Participa en la capacitación del personal de enfermería y en la formación de estudiantes, promoviendo el desarrollo profesional continuo. 8. Gestión de recursos: Administra los recursos del servicio de enfermería, incluyendo materiales, equipos y suministros, buscando la optimización de los mismos. 9. Atención directa al paciente: En situaciones que lo requieran, puede brindar atención directa al paciente, demostrando habilidades clínicas y ofreciendo apoyo al equipo de enfermería.											

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	JEFE INMEDIATO
Integra		X	Delber Beltrán
DEPARTAMENTO/MUNICIPIO	CONTACTO TELEFONICO ENTIDAD	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	

CÓRDOBA/VALENCIA	2504633 ext. 101, 104 o 106						NR						
DIRECCIÓN ENTIDAD	**FECHA DE INGRESO**						**FECHA DE RETIRO**						
Carrera 80 C #33-11	**DIA**	**08**	**MES**	**07**	**AÑO**	**11**	**DIA**	**31**	**MES**	**12**	**AÑO**	**11**	
CARGO	**TIPO DE CONTRATO**						**MOTIVO DE RETIRO**						
Jefe de enfermería	Contrato a término fijo						Cambio de bolsa de empleo						
PRINCIPALES FUNCIONES DESARROLLADAS	1. Planificación, organización, dirección y control: El jefe de enfermería planifica, organiza, dirige y controla los recursos humanos, financieros y materiales para cumplir con los objetivos de la institución. 2. Gestión del personal: Se encarga de la contratación, capacitación, evaluación y distribución del personal de enfermería, asegurando una adecuada dotación de personal y su desarrollo profesional. 3. Supervisión y control de la atención: Supervisa la calidad de los cuidados de enfermería, asegurando que se cumplan los protocolos y normativas, y que se brinde una atención segura y efectiva. 4. Desarrollo de políticas y procedimientos: Participa en la elaboración e implementación de políticas y procedimientos de enfermería, así como en la promoción de prácticas seguras y efectivas. 5. Coordinación con otros departamentos: Colabora con otros departamentos médicos y administrativos para asegurar una atención coordinada y eficiente al paciente. 6. Resolución de problemas: Interviene en la resolución de problemas y conflictos que puedan surgir en el servicio de enfermería, buscando soluciones que beneficien tanto al personal como a los pacientes. 7. Educación y formación: Participa en la capacitación del personal de enfermería y en la formación de estudiantes, promoviendo el desarrollo profesional continuo. 8. Gestión de recursos: Administra los recursos del servicio de enfermería, incluyendo materiales, equipos y suministros, buscando la optimización de los mismos. 9. Atención directa al paciente: En situaciones que lo requieran, puede brindar atención directa al paciente, demostrando habilidades clínicas y ofreciendo apoyo al equipo de enfermería.												

REFERENCIAS PERSONALES

NOMBRE COMPLETO	PROFESIÓN/OCUPACIÓN	TELEFONO DE CONTACTO
FERNANDO DE ORO	EPIDEMIOLOGO	3114211599
DANNA ESTHER URZOLA CAUSIL	PSICOLOGA ESPECIALISTA EN SST	3122180228

REFERENCIAS PROFESIONALES

NOMBRE COMPLETO	PROFESIÓN/OCUPACIÓN	TELEFONO DE CONTACTO

GUIDO LACAYO	ENFERMERO AUDITOR	3002947144
LUISA BERRIO	ENFERMERA- ABOGADA	3012101128

CONTACTOS EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE COMPLETO	DIRECCIÓN	TELEFONO
DANNA ESTHER URZOLA CAUSIL	CARRERA 8 #21-57 BARRIO CHUCHURUBY	3122180228
JUAN CARLOS GALVAN PAUTT	BARRIO LA PRADERA	3015878607



Nombre del candidato: Albert David Galván Benítez
Firma del Candidato
No. De cedula del candidato: 1.067.881.222

HOJA DE VIDA



PROFESIONAL DE LA SALUD, ESPECIALISTA EN AUDITORIA EN SALUD, MAGISTER EN SALUD PÚBLICA CON ÉNFASIS EN INVESTIGACIÓN DOCTORANDO EN EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN

DATOS PERSONALES

NOMBRES Y APELLIDOS:	Albert David Galván Benítez
LUGAR Y FECHA DE NACIMIEINTO:	Montería**,** 05 de octubre de 1989
CÉDULA DE CIUDADANÍA:	1.067.881.222 de Montería
SEXO:	Masculino
ESTADO CIVIL:	Casado
DIRECCIÓN:	Carrera 8 N° 21-57 barrio Chururruby
TELÉFONO:	3135233351
E-MAIL:	albert198905@gmail.com

PERFIL PROFESIONAL Y OCUPACIONAL

Me considero una persona responsable, puntual, creativa, con buena disposición para cualquier tarea que se me asigne y dispuesto siempre al cambio entendiendo que los procesos laborales no son estáticos sino dinámicos, en cuanto a mi perfil laboral como:

Profesional de la salud: Estoy facultado para brindar atención enfocada a la salud preventiva manejos de cuidados durante el proceso de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos, salud sexual y reproductiva y desarrollo humano.

Como especialista en auditorio total de la calidad en salud: Pudo ejercer labores como: Interpretación y cumplimiento de las normativas de salud (Realizar la revisión de registros

médicos, hacer inspecciones en los centros de salud, evaluar el cumplimiento de los protocolos y guías clínicas establecidas), evaluación de la calidad de los servicios de salud, detección de fraudes y malas prácticas en el sistema de salud, educación y capacitación en la normatividad vigente, formulación de planes de mejora, diagnósticos organizacionales, verificación de pertinencia, idoneidad, accesibilidad y oportunidad de las atenciones en salud, todo esto desde entidades estatales, privadas, mixtas o de control, como EAPB, súper intendencia nacional de salud, ministerio, entre otras.

Como docente en salud y en este momento en formación doctoral en ciencias de la educación e investigación: he impartido conocimiento en aulas de clases, además he liderado procesos de gestión académico-administrativa en el área de salud, incorporando la tecnología de la información y la comunicación, entre otros procesos propias de la academia y el proceso enseñanza aprendizaje

Como magister en salud pública con énfasis en investigación, pudo desarrollar acciones laborales como:

- Investigador y líder social en salud pública con un enfoque comprehensivo de los diversos determinantes de orden social, cultural, económico, político, ambiental y biológico.
- Planificador y director de programas de alcance poblacional para el cuidado de la salud, el crecimiento, el desarrollo y el envejecimiento, y la prevención de la enfermedad, la discapacidad, la defunción temprana y las exposiciones peligrosas no controladas.
- Líder y administrador sanitario en diferentes áreas de la salud pública, en particular del aseguramiento poblacional, gestión y prestación de servicios de salud, rectoría gubernamental y fiscalización sectorial, diseño de políticas públicas, investigación, docencia, desarrollo institucional, organización social, y misiones de asesoría y consultoría.
- Diseñar, proponer, liderar y gerenciar convenios interinstitucionales e intersectoriales relacionados con las inversiones sociales preferentes para mejorar las situaciones de vida y las condiciones de trabajo de las comunidades beneficiarias de los proyectos sociales. Dispondrá también de destrezas para la negociación y la mediación política en materia de salud pública.
- Realizar evaluaciones críticas periódicas: a) del funcionamiento sectorial y de sus cambios según los efectos; b) de la operación de sus instituciones y servicios; c) del desempeño articulado y regulado del sistema general de seguridad social en salud; y d) de la dinámica y la estructura propias de los procesos institucionales y sociales de la reforma sectorial en salud emprendida en los últimos tres lustros.

FORMACIÓN ACADÉMICA

INSTITUCION EDUCATIVA SANTA ROSA DEL LIMA | BACHILLERATO ACADÉMICO
2006

UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA | PREGRADO EN ENFERMERÍA
2010

UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA | POSGRADO ESPECIALIZACION EN AUDITORIA EN SALUD
2014

UNIVERSIDAD CORDOBA | MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA CON ÉNFASIS EN INVESTIGACIÓN
2024

EXPERIENCIA LABORAL

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD					**PUBLICA**		**PRIVADA**		**JEFE INMEDIATO**			
Corporación De Infancia Y Desarrollo: LA CID.							X		Dayana Bernal			
DEPARTAMENTO/MUNICIPIO	**CONTACTO TELEFONICO ENTIDAD**						**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**					
Córdoba/Montería	6017389246						contratacion@cid.org.co					
DIRECCIÓN ENTIDAD	**FECHA DE INGRESO**						**FECHA DE RETIRO**					
CALLE 24D # 40-29, Bogotá-Colombia	**DIA**	**18**	**MES**	**10**	**AÑO**	**24**	**DIA**	**30**	**MES**	**05**	**AÑO**	**2025**
CARGO	**TIPO DE CONTRATO**						**MOTIVO DE RETIRO**					
Profesional de salud	Prestación de servicios						Terminación De convenio					
PRINCIPALES FUNCIONES DESARROLLADAS	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. Llevar a cabo las actividades establecidas para el desarrollo del Proceso de Focalización. 3. 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. 4. 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. 5. Participar activamente en el desarrollo del Proceso de Gestión Estratégica [particularmente el componente de gestión de la calidad]. 7. 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. 8. Presentar un (1) informe mensual conforme a la estructura establecida por el equipo coordinador nacional. 9. 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. 10. 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. 11. Dar cumplimiento a la implementación de las recomendaciones de seguridad en terreno definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social. 12. 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. 13. 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.

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	**PUBLICA**	**PRIVADA**	**JEFE INMEDIATO**
Academia Frederick Floret		X	Doris Margot Álvarez
DEPARTAMENTO/MUNICIPIO	**CONTACTO TELEFONICO ENTIDAD**	**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**	

CÓRDOBA/MONTERÍA	3218930828						Academiafrederickfloretoficial@gmail.com						
DIRECCIÓN ENTIDAD	**FECHA DE INGRESO**						**FECHA DE RETIRO**						
Calle 27 #10-21 centro	**DIA**	**28**	**MES**	**01**	**AÑO**	**22**	**DIA**	**01**	**MES**	**03**	**AÑO**	**25**	
CARGO	**TIPO DE CONTRATO**						**MOTIVO DE RETIRO**						
Coordinador académico y de educación continuada.	Prestación de servicios (horas cátedras)						Renuncia						
PRINCIPALES FUNCIONES DESARROLLADAS	1. Planear y programar las actividades académicas 2. Organizar a los profesores por niveles, grados y áreas 3. Coordinar la acción académica con la de administración Establecer canales de comunicación con los docentes 4. Evaluar el rendimiento académico. Elaborar el horario de clases Fomentar la investigación científica 5. Presentar informes al rector sobre los resultados académicos 6. Solicitar el material didáctico necesario Supervisar el seguimiento de los estudiantes en riesgo Participar en la elaboración del plan de rotación de puestos de aprendizaje e Gestionar y establecer convenios de aprendizaje ◦ Coordinar y supervisar la formación profesional de los estudiantes 7. Mantener comunicación sobre avances, necesidades y problemática Interpretar y hacer cumplir las disposiciones de los códigos estatales de educación 8.Capacitar y orientar a los maestros 9.Observar el trabajo del personal docente para evaluar el desempeño.												

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD		**PUBLICA**	**PRIVADA**	**JEFE INMEDIATO**
Gobernación de Córdoba		X		Irlena Bolemo
DEPARTAMENTO/MUNICIPIO	**CONTACTO TELEFONICO ENTIDAD**		**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**	
CÓRDOBA/MONTERÍA	6043204686		Contactenos@cordoba.gov.co	
DIRECCIÓN ENTIDAD	**FECHA DE INGRESO**		**FECHA DE RETIRO**	

Calle 27 #3-28 palacio de Nain	**DIA**	**28**	**MES**	**02**	**AÑO**	**23**	**DIA**	**27**	**MES**	**12**	**AÑO**	**23**
CARGO	**TIPO DE CONTRATO**						**MOTIVO DE RETIRO**					
Referente PAI	Prestación de servicios						Terminación de Contrato					
PRINCIPALES FUNCIONES DESARROLLADAS	1. Presentar los primeros 5 días de cada mes el cronograma de trabajo mensual a realizar durante la vigencia del contrato. 2. Realizar una (1) visita de actualización de la línea de base a los Municipios del Departamento de Córdoba, asignados por el Coordinador PAI Departamental, con el fin de Identificar y priorizar las acciones a fortalecer en el marco de la gestión del PAI. Dichas visitas deben realizarse en las primeras 4 semanas a partir del inicio del contrato. Soportes generados para esta actividad son; Formato de línea de base diligenciada a cada Municipio visitado, oficio de convocatoria y/o concertación de visita, Actas de visita, Listado de asistencia y registro fotográfico. 3. Realizar dos (2) visitas integrales de asistencia técnica, seguimiento a planes de mejora instaurados en visita inicial, análisis de indicadores, fortalecimiento de capacidades y supervisión del Programa Ampliado de Inmunización por componentes, con base a los lineamientos Técnicos y administrativos del PAI, establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, a los Municipios del Departamento de Córdoba, asignados por el Coordinador PAI Departamental. Soportes requeridos de esta actividad: Actas de reunión, Listados de asistencia, Registro fotográfico, Formatos de seguimiento a Plan de Mejora. 4. Realizar dos (2) mesas de trabajo a los municipios asignados que presenten de alto riesgo y coberturas criticas de vacunación, para fortalecer la gestión y operación del programa, articulado con la Dirección Local de Salud Municipal, el Coordinador PAI Municipal y/o Institucional, las EAPB presentes en el territorio y aliados estratégicos del programa en el Municipio (ICBF, DPS, Secretaria de Educación Municipal, ONG, entre otros), para definir acciones conjuntas para el mejoramiento de la gestión del programa PAI en el municipio. Soportes requeridos de esta actividad: Acta de reunión, Listados de asistencia, Registro fotográfico, Formatos de Plan de Acción. 5. Enviar de forma mensual a la Coordinación PAI Departamental y a la Coordinación de IVC, notificación de los Municipios que Incumplan con los compromisos, requerimientos, planes de mejora, o responsabilidades establecidas en las asistencias técnicas, en el marco de los lineamientos nacionales para la Gestión y Administración del Programa Ampliado de Inmunización y hacer seguimiento de las respuestas y/o procesos derivados de dichos requerimientos. 6. Brindar apoyo técnico y administrativo a las Secretarías de Salud de los Municipios asignados durante las jornadas nacionales y/o Departamentales de vacunación emitidas en la vigencia 2023, teniendo en cuenta los											

	lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social y/o directrices Departamentales según corresponda. Para evidenciar esta actividad el contratista realizará informe ejecutivo con los resultados y acciones desarrolladas en cada jomada programada y registro fotográfico. 7. Participar en espacios de crecimiento académico y escenarios de análisis, como comités de vigilancia epidemiológica, unidades de análisis y salas situacionales de los eventos de enfermedades inmuno prevenibles - PAI-notificados en los Municipios asignados y programados por el referente de vigilancia de las enfermedades inmuno prevenibles de la Secretaria de Desarrollo de la Salud. Para evidenciar el cumplimiento de esta obligación deberá aportar actas de reunión, listados de asistencias y registro fotográfico. 8. Apoyar en la coordinación, gestión, supervisión de la ejecución y cierre del Plan Nacional de Vacunación contra el COVID19 del Departamento de Córdoba y de los municipios asignados, en el marco de la competencia del Ente Territorial. Para evidenciar el cumplimiento de esta obligación deberá aportar actas de reunión, listados de asistencias y registro fotográfico. 9. Apoyar al PAI Departamental en la respuesta de los requerimientos de la alta dirección, y los formulados por los entes de control, Ministerio de Salud y Protección Social y la Secretaría de Desarrollo de la Salud, de acuerdo con su competencia. En tal caso la evidencia de esta actividad deberá presentar la solicitud y respuesta de la información requerida, según corresponda. 10. Presentar un informe ejecutivo mensual al Coordinador PAI, sobre la gestión realizada del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) de los municipios asignados, de conformidad con los formatos establecidos por la Secretaria de Desarrollo de la Salud para este efecto; en el informe deberá hacer un análisis mensual de los indicadores (acceso/deserción), coberturas de vacunación, seguimiento a los compromisos de las asistencia técnica y proponer las acciones de mejoramiento de coberturas de vacunación. Soporte: Informe ejecutivo mensual. 11. Desarrollar las demás funciones que asigne el supervisor del contrato de acuerdo con el nivel, la naturaleza y el área de desempeño del cargo.

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	**PUBLICA**	**PRIVADA**	**JEFE INMEDIATO**
Gobernación de Córdoba	X		Irlena Bolemo
DEPARTAMENTO/MUNICIPIO	**CONTACTO TELEFONICO ENTIDAD**	**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**	
CÓRDOBA/MONTERÍA	6043204686	Contactenos@cordoba.gov.co	
DIRECCIÓN ENTIDAD	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	

Calle 27 #3-28 palacio de Nain	**DIA**	**21**	**MES**	**01**	**AÑO**	**22**	**DIA**	**20**	**MES**	**08**	**AÑO**	**22**
CARGO	**TIPO DE CONTRATO**						**MOTIVO DE RETIRO**					
Referente PAI	Prestación de servicios						Terminación de Contrato					
PRINCIPALES FUNCIONES DESARROLLADAS	1. Presentar los primeros 5 días de cada mes el cronograma de trabajo mensual a realizar durante la vigencia del contrato. 2. Realizar una (1) visita de actualización de la línea de base a los Municipios del Departamento de Córdoba, asignados por el Coordinador PAI Departamental, con el fin de Identificar y priorizar las acciones a fortalecer en el marco de la gestión del PAI. Dichas visitas deben realizarse en las primeras 4 semanas a partir del inicio del contrato. Soportes generados para esta actividad son; Formato de línea de base diligenciada a cada Municipio visitado, oficio de convocatoria y/o concertación de visita, Actas de visita, Listado de asistencia y registro fotográfico. 3. Realizar dos (2) visitas integrales de asistencia técnica, seguimiento a planes de mejora instaurados en visita inicial, análisis de indicadores, fortalecimiento de capacidades y supervisión del Programa Ampliado de Inmunización por componentes, con base a los lineamientos Técnicos y administrativos del PAI, establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, a los Municipios del Departamento de Córdoba, asignados por el Coordinador PAI Departamental. Soportes requeridos de esta actividad: Actas de reunión, Listados de asistencia, Registro fotográfico, Formatos de seguimiento a Plan de Mejora. 4. Realizar dos (2) mesas de trabajo a los municipios asignados que presenten de alto riesgo y coberturas criticas de vacunación, para fortalecer la gestión y operación del programa, articulado con la Dirección Local de Salud Municipal, el Coordinador PAI Municipal y/o Institucional, las EAPB presentes en el territorio y aliados estratégicos del programa en el Municipio (ICBF, DPS, Secretaria de Educación Municipal, ONG, entre otros), para definir acciones conjuntas para el mejoramiento de la gestión del programa PAI en el municipio. Soportes requeridos de esta actividad: Acta de reunión, Listados de asistencia, Registro fotográfico, Formatos de Plan de Acción. 5. Enviar de forma mensual a la Coordinación PAI Departamental y a la Coordinación de IVC, notificación de los Municipios que Incumplan con los compromisos, requerimientos, planes de mejora, o responsabilidades establecidas en las asistencias técnicas, en el marco de los lineamientos nacionales para la Gestión y Administración del Programa Ampliado de Inmunización y hacer seguimiento de las respuestas y/o procesos derivados de dichos requerimientos. 6. Brindar apoyo técnico y administrativo a las Secretarías de Salud de los Municipios asignados durante las jornadas nacionales y/o Departamentales de vacunación emitidas en la vigencia 2023, teniendo en cuenta los											

	lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social y/o directrices Departamentales según corresponda. Para evidenciar esta actividad el contratista realizará informe ejecutivo con los resultados y acciones desarrolladas en cada jomada programada y registro fotográfico. 7. Participar en espacios de crecimiento académico y escenarios de análisis, como comités de vigilancia epidemiológica, unidades de análisis y salas situacionales de los eventos de enfermedades inmuno prevenibles - PAI-notificados en los Municipios asignados y programados por el referente de vigilancia de las enfermedades inmuno prevenibles de la Secretaria de Desarrollo de la Salud. Para evidenciar el cumplimiento de esta obligación deberá aportar actas de reunión, listados de asistencias y registro fotográfico. 8. Apoyar en la coordinación, gestión, supervisión de la ejecución y cierre del Plan Nacional de Vacunación contra el COVID19 del Departamento de Córdoba y de los municipios asignados, en el marco de la competencia del Ente Territorial. Para evidenciar el cumplimiento de esta obligación deberá aportar actas de reunión, listados de asistencias y registro fotográfico. 9. Apoyar al PAI Departamental en la respuesta de los requerimientos de la alta dirección, y los formulados por los entes de control, Ministerio de Salud y Protección Social y la Secretaría de Desarrollo de la Salud, de acuerdo con su competencia. En tal caso la evidencia de esta actividad deberá presentar la solicitud y respuesta de la información requerida, según corresponda. 10. Presentar un informe ejecutivo mensual al Coordinador PAI, sobre la gestión realizada del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) de los municipios asignados, de conformidad con los formatos establecidos por la Secretaria de Desarrollo de la Salud para este efecto; en el informe deberá hacer un análisis mensual de los indicadores (acceso/deserción), coberturas de vacunación, seguimiento a los compromisos de las asistencia técnica y proponer las acciones de mejoramiento de coberturas de vacunación. Soporte: Informe ejecutivo mensual. 11. Desarrollar las demás funciones que asigne el supervisor del contrato de acuerdo con el nivel, la naturaleza y el área de desempeño del cargo.

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	**PUBLICA**	**PRIVADA**	**JEFE INMEDIATO**
Gobernación de Córdoba	X		Irlena Bolemo
DEPARTAMENTO/MUNICIPIO	**CONTACTO TELEFONICO ENTIDAD**	**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**	
CÓRDOBA/MONTERÍA	6043204686	Contactenos@cordoba.gov.co	
DIRECCIÓN ENTIDAD	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	

Calle 27 #3-28 palacio de Nain	**DIA**	**04**	**MES**	**10**	**AÑO**	**22**	**DIA**	**23**	**MES**	**12**	**AÑO**	**22**
CARGO	**TIPO DE CONTRATO**						**MOTIVO DE RETIRO**					
Referente PAI	Prestación de servicios						Terminación de Contrato					
PRINCIPALES FUNCIONES DESARROLLADAS	1. Presentar los primeros 5 días de cada mes el cronograma de trabajo mensual a realizar durante la vigencia del contrato. 2. Realizar una (1) visita de actualización de la línea de base a los Municipios del Departamento de Córdoba, asignados por el Coordinador PAI Departamental, con el fin de Identificar y priorizar las acciones a fortalecer en el marco de la gestión del PAI. Dichas visitas deben realizarse en las primeras 4 semanas a partir del inicio del contrato. Soportes generados para esta actividad son; Formato de línea de base diligenciada a cada Municipio visitado, oficio de convocatoria y/o concertación de visita, Actas de visita, Listado de asistencia y registro fotográfico. 3. Realizar dos (2) visitas integrales de asistencia técnica, seguimiento a planes de mejora instaurados en visita inicial, análisis de indicadores, fortalecimiento de capacidades y supervisión del Programa Ampliado de Inmunización por componentes, con base a los lineamientos Técnicos y administrativos del PAI, establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, a los Municipios del Departamento de Córdoba, asignados por el Coordinador PAI Departamental. Soportes requeridos de esta actividad: Actas de reunión, Listados de asistencia, Registro fotográfico, Formatos de seguimiento a Plan de Mejora. 4. Realizar dos (2) mesas de trabajo a los municipios asignados que presenten de alto riesgo y coberturas criticas de vacunación, para fortalecer la gestión y operación del programa, articulado con la Dirección Local de Salud Municipal, el Coordinador PAI Municipal y/o Institucional, las EAPB presentes en el territorio y aliados estratégicos del programa en el Municipio (ICBF, DPS, Secretaria de Educación Municipal, ONG, entre otros), para definir acciones conjuntas para el mejoramiento de la gestión del programa PAI en el municipio. Soportes requeridos de esta actividad: Acta de reunión, Listados de asistencia, Registro fotográfico, Formatos de Plan de Acción. 5. Enviar de forma mensual a la Coordinación PAI Departamental y a la Coordinación de IVC, notificación de los Municipios que Incumplan con los compromisos, requerimientos, planes de mejora, o responsabilidades establecidas en las asistencias técnicas, en el marco de los lineamientos nacionales para la Gestión y Administración del Programa Ampliado de Inmunización y hacer seguimiento de las respuestas y/o procesos derivados de dichos requerimientos. 6. Brindar apoyo técnico y administrativo a las Secretarías de Salud de los Municipios asignados durante las jornadas nacionales y/o Departamentales de vacunación emitidas en la vigencia 2023, teniendo en cuenta los											

	lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social y/o directrices Departamentales según corresponda. Para evidenciar esta actividad el contratista realizará informe ejecutivo con los resultados y acciones desarrolladas en cada jomada programada y registro fotográfico. 7. Participar en espacios de crecimiento académico y escenarios de análisis, como comités de vigilancia epidemiológica, unidades de análisis y salas situacionales de los eventos de enfermedades inmuno prevenibles - PAI-notificados en los Municipios asignados y programados por el referente de vigilancia de las enfermedades inmuno prevenibles de la Secretaria de Desarrollo de la Salud. Para evidenciar el cumplimiento de esta obligación deberá aportar actas de reunión, listados de asistencias y registro fotográfico. 8. Apoyar en la coordinación, gestión, supervisión de la ejecución y cierre del Plan Nacional de Vacunación contra el COVID19 del Departamento de Córdoba y de los municipios asignados, en el marco de la competencia del Ente Territorial. Para evidenciar el cumplimiento de esta obligación deberá aportar actas de reunión, listados de asistencias y registro fotográfico. 9. Apoyar al PAI Departamental en la respuesta de los requerimientos de la alta dirección, y los formulados por los entes de control, Ministerio de Salud y Protección Social y la Secretaría de Desarrollo de la Salud, de acuerdo con su competencia. En tal caso la evidencia de esta actividad deberá presentar la solicitud y respuesta de la información requerida, según corresponda. 10. Presentar un informe ejecutivo mensual al Coordinador PAI, sobre la gestión realizada del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) de los municipios asignados, de conformidad con los formatos establecidos por la Secretaria de Desarrollo de la Salud para este efecto; en el informe deberá hacer un análisis mensual de los indicadores (acceso/deserción), coberturas de vacunación, seguimiento a los compromisos de las asistencia técnica y proponer las acciones de mejoramiento de coberturas de vacunación. Soporte: Informe ejecutivo mensual. 11. Desarrollar las demás funciones que asigne el supervisor del contrato de acuerdo con el nivel, la naturaleza y el área de desempeño del cargo.

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	**PUBLICA**	**PRIVADA**	**JEFE INMEDIATO**
Gobernación de Córdoba	X		Irlena Bolemo
DEPARTAMENTO/MUNICIPIO	**CONTACTO TELEFONICO ENTIDAD**	**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**	
CÓRDOBA/MONTERÍA	6043204686	Contactenos@cordoba.gov.co	
DIRECCIÓN ENTIDAD	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	

Calle 27 #3-28 palacio de Nain	**DIA**	**22**	**MES**	**02**	**AÑO**	**21**	**DIA**	**21**	**MES**	**11**	**AÑO**	**21**
CARGO	**TIPO DE CONTRATO**						**MOTIVO DE RETIRO**					
Referente PAI	Prestación de servicios						Terminación de Contrato					
PRINCIPALES FUNCIONES DESARROLLADAS	1. Presentar los primeros 5 días de cada mes el cronograma de trabajo mensual a realizar durante la vigencia del contrato. 2. Realizar una (1) visita de actualización de la línea de base a los Municipios del Departamento de Córdoba, asignados por el Coordinador PAI Departamental, con el fin de Identificar y priorizar las acciones a fortalecer en el marco de la gestión del PAI. Dichas visitas deben realizarse en las primeras 4 semanas a partir del inicio del contrato. Soportes generados para esta actividad son; Formato de línea de base diligenciada a cada Municipio visitado, oficio de convocatoria y/o concertación de visita, Actas de visita, Listado de asistencia y registro fotográfico. 3. Realizar dos (2) visitas integrales de asistencia técnica, seguimiento a planes de mejora instaurados en visita inicial, análisis de indicadores, fortalecimiento de capacidades y supervisión del Programa Ampliado de Inmunización por componentes, con base a los lineamientos Técnicos y administrativos del PAI, establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, a los Municipios del Departamento de Córdoba, asignados por el Coordinador PAI Departamental. Soportes requeridos de esta actividad: Actas de reunión, Listados de asistencia, Registro fotográfico, Formatos de seguimiento a Plan de Mejora. 4. Realizar dos (2) mesas de trabajo a los municipios asignados que presenten de alto riesgo y coberturas criticas de vacunación, para fortalecer la gestión y operación del programa, articulado con la Dirección Local de Salud Municipal, el Coordinador PAI Municipal y/o Institucional, las EAPB presentes en el territorio y aliados estratégicos del programa en el Municipio (ICBF, DPS, Secretaria de Educación Municipal, ONG, entre otros), para definir acciones conjuntas para el mejoramiento de la gestión del programa PAI en el municipio. Soportes requeridos de esta actividad: Acta de reunión, Listados de asistencia, Registro fotográfico, Formatos de Plan de Acción. 5. Enviar de forma mensual a la Coordinación PAI Departamental y a la Coordinación de IVC, notificación de los Municipios que Incumplan con los compromisos, requerimientos, planes de mejora, o responsabilidades establecidas en las asistencias técnicas, en el marco de los lineamientos nacionales para la Gestión y Administración del Programa Ampliado de Inmunización y hacer seguimiento de las respuestas y/o procesos derivados de dichos requerimientos. 6. Brindar apoyo técnico y administrativo a las Secretarías de Salud de los Municipios asignados durante las jornadas nacionales y/o Departamentales de vacunación emitidas en la vigencia 2023, teniendo en cuenta los											

	lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social y/o directrices Departamentales según corresponda. Para evidenciar esta actividad el contratista realizará informe ejecutivo con los resultados y acciones desarrolladas en cada jomada programada y registro fotográfico. 7. Participar en espacios de crecimiento académico y escenarios de análisis, como comités de vigilancia epidemiológica, unidades de análisis y salas situacionales de los eventos de enfermedades inmuno prevenibles - PAI-notificados en los Municipios asignados y programados por el referente de vigilancia de las enfermedades inmuno prevenibles de la Secretaria de Desarrollo de la Salud. Para evidenciar el cumplimiento de esta obligación deberá aportar actas de reunión, listados de asistencias y registro fotográfico. 8. Apoyar en la coordinación, gestión, supervisión de la ejecución y cierre del Plan Nacional de Vacunación contra el COVID19 del Departamento de Córdoba y de los municipios asignados, en el marco de la competencia del Ente Territorial. Para evidenciar el cumplimiento de esta obligación deberá aportar actas de reunión, listados de asistencias y registro fotográfico. 9. Apoyar al PAI Departamental en la respuesta de los requerimientos de la alta dirección, y los formulados por los entes de control, Ministerio de Salud y Protección Social y la Secretaría de Desarrollo de la Salud, de acuerdo con su competencia. En tal caso la evidencia de esta actividad deberá presentar la solicitud y respuesta de la información requerida, según corresponda. 10. Presentar un informe ejecutivo mensual al Coordinador PAI, sobre la gestión realizada del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) de los municipios asignados, de conformidad con los formatos establecidos por la Secretaria de Desarrollo de la Salud para este efecto; en el informe deberá hacer un análisis mensual de los indicadores (acceso/deserción), coberturas de vacunación, seguimiento a los compromisos de las asistencia técnica y proponer las acciones de mejoramiento de coberturas de vacunación. Soporte: Informe ejecutivo mensual. 11. Desarrollar las demás funciones que asigne el supervisor del contrato de acuerdo con el nivel, la naturaleza y el área de desempeño del cargo.

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	**PUBLICA**	**PRIVADA**	**JEFE INMEDIATO**
Gobernación de Córdoba	X		Victoria Correa
DEPARTAMENTO/MUNICIPIO	**CONTACTO TELEFONICO ENTIDAD**	**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**	
CÓRDOBA/MONTERÍA	6047848940	Contactenos@cordoba.gov.co	
DIRECCIÓN ENTIDAD	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	

Calle 27 #3-28 palacio de Nain	**DIA**	**28**	**MES**	**08**	**AÑO**	**20**	**DIA**	**27**	**MES**	**12**	**AÑO**	**20**
CARGO	**TIPO DE CONTRATO**						**MOTIVO DE RETIRO**					
Referente vigilancia en salud pública	Prestación de servicios						Terminación de Contrato					
PRINCIPALES FUNCIONES DESARROLLADAS	Referente de vigilancia epidemiológica: 1. Presentar los primeros 5 días de cada mes el cronograma de trabajo mensual y notificar por escrito los cambios que se presenten durante la vigencia del contrato. 2. Realizar y enviar el informe y análisis Vigilancia de Huérfanas Raras, Infecciones asociadas a la atención en salud: Resistencia Bacteriana (RAM), Consumo de antimicrobianos (CAB), infecciones asociadas a la atención en salud (IIAAS) e infecciones asociadas a procedimientos con fecha de corte hasta la semana epidemiológica52 de 2019. Se realizará bajo los parámetros descritos del INS. Fecha de envío, previa revisión de acuerdo a lo definido en los lineamientos de vigilancia en salud publica 2020, previa revisión del mismo. 3. Realizar como mínimo 2 asistencias técnicas por municipio: Una inicial para para brindar asistencia técnica que incluya un análisis de la situación del evento, dificultades en el proceso de vigilancia en salud pública (debilidades, fortalezas, talento humano, etc.,) realizado por las Direcciones Locales de Salud, EAPB e IPS públicas y privadas que operan en los 30 municipios, para verificar que estos desarrollen adecuadamente la acciones propias de Vigilancia de las Huérfanas Raras, Infecciones asociadas a la atención en salud: Resistencia Bacteriana (RAM), Consumo de antimicrobianos (CAB), infecciones asociadas a la atención en salud (IIAAS) e infecciones asociadas a procedimientos, como notificación, recopilación, análisis y documentación de investigaciones de campo. Una segunda visita para realizar la evaluación de los procesos de vigilancia epidemiológica relacionados con el evento. Durante el aislamiento se realizarán de manera virtual y una vez superado esto podrán realizarse las visitas a los municipios. 4. Realizar por cada caso los requerimientos y seguimientos a través de oficios, correos electrónicos, circulares, entre otros, necesarios para obtener la información que solicite el Ministerio de Salud y Protección Social, el Instituto Nacional de Salud e instituciones nacionales de control para la vigilancia de Huérfanas Raras, Infecciones asociadas a la atención en salud: Resistencia Bacteriana (RAM), Consumo de antimicrobianos 6. Notificar semanalmente a las EAPB la información de la vigilancia de, Huérfanas Raras, Infecciones asociadas a la atención en salud: Resistencia											

	Bacteriana (RAM), Consumo de antimicrobianos (CAB), infecciones asociadas a la atención en salud (IIAAS) e infecciones asociadas a procedimientos. Solicitar un informe de lo actuado de acuerdo a sus competencias. Realizar seguimiento a la solicitud e informe enviado y notificar a la Dirección de IVC sobre el incumplimiento. 7. Realizar la búsqueda activa en los registros individuales de prestación de servicios de Salud (RIPS), libros o registros de los procedimientos quirúrgicos de salas de cirugía de casos de Huérfanas Raras, Infecciones asociadas a la atención en salud: Resistencia Bacteriana (RAM), Consumo de antimicrobianos (CAB), infecciones asociadas a la atención en salud (IIAAS) e infecciones asociadas a procedimientos. Formular de acuerdo a los hallazgos un plan de mejoramiento con verificación del cumplimiento inmediato y notificar a la Dirección de IVC.

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD					**PUBLICA**		**PRIVADA**		**JEFE INMEDIATO**			
Expert Medical							X		Luz Amparo Pelaez			
DEPARTAMENTO/MUNICIPIO	**CONTACTO TELEFONICO ENTIDAD**						**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**					
CÓRDOBA/MONTERÍA	6043204686						arango@expertmedica.com.co					
DIRECCIÓN ENTIDAD	**FECHA DE INGRESO**						**FECHA DE RETIRO**					
Av 33#74B-163 los laureles	**DIA**	**02**	**MES**	**07**	**AÑO**	**15**	**DIA**	**10**	**MES**	**02**	**AÑO**	**23**
CARGO	**TIPO DE CONTRATO**						**MOTIVO DE RETIRO**					
Auditor de calidad	Término indefinido						Renuncia					
PRINCIPALES FUNCIONES DESARROLLADAS	Procesos de verificación, auditoria, concurrencia a prestadores de servicios de salud, ejercer labores como: Interpretación y cumplimiento de las normativas de salud (Realizar la revisión de registros médicos, hacer inspecciones en los centros de salud, evaluar el cumplimiento de los protocolos y guías clínicas establecidas), evaluación de la calidad de los servicios de salud, detección de fraudes y malas prácticas en el sistema de salud, educación y capacitación en la normatividad vigente, formulación de planes de mejora, diagnósticos organizacionales, verificación de pertinencia, idoneidad, accesibilidad y oportunidad de las atenciones en salud.											

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD					**PUBLICA**		**PRIVADA**		**JEFE INMEDIATO**			
Academia Frederick Floret							X		Doris Margot Álvarez			
DEPARTAMENTO/MUNICIPIO	**CONTACTO TELEFONICO ENTIDAD**						**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**					
CÓRDOBA/MONTERÍA	3218930828						Academiafrederickfloretoficial@gmail.com					
DIRECCIÓN ENTIDAD	**FECHA DE INGRESO**						**FECHA DE RETIRO**					
Calle 27 #10-21 centro	**DIA**	**10**	**MES**	**02**	**AÑO**	**14**	**DIA**	**14**	**MES**	**12**	**AÑO**	**19**
CARGO	**TIPO DE CONTRATO**						**MOTIVO DE RETIRO**					
Docente	Prestación de servicios (96 horas cátedras mensuales)						Asignación cargo Coordinador.					
PRINCIPALES FUNCIONES DESARROLLADAS	Actividades administrativas: 1. Planificar, preparar y dictar clases en las asignaturas asignadas, utilizando metodologías pedagógicas innovadoras y recursos didácticos adecuados. 2. Evaluar el rendimiento estudiantil mediante la elaboración y aplicación de instrumentos de evaluación pertinentes. 3. Brindar orientación académica y apoyo a los estudiantes en sus procesos de aprendizaje, proyectos de grado actividades extracurriculares, promoviendo el desarrollo integral y profesional. 4. Participar en reuniones académicas, comités y jornadas de capacitación docente. 5. Elaborar y entregar informes académicos, actas de valuación y demás documentos requeridos por la institución. Actividades específicas: Las competencias a desarrollar en las áreas del programa en: I, II-III CICLO, son: 1. Anatomía, fisiología y farmacología (programas técnicos por competencias de enfermería, farmacia, y salud pública) 2. Administrar, alistar, aplicar y Vigilar medicamentos, así como las acciones farmacéuticas (farmacocinética y farmacodinamia) según técnicas que establezcan los principios legales vigentes y los programas de farmacovigilancia y tecno vigilancia											

	3. Asistir a personas según condiciones del usuario asignación o delegación del profesional guías protocolos vigentes. 4. Participar en el cuidado de las personas para el mantenimiento y recuperación de las funciones de los diferentes sistemas por grupos etarios (MEDICO- QUIRURGICA, CLINICA BASICA,) • Brindar atención integral al individuo y la familia en relación al ciclo vital de acuerdo con contexto social, político, cultural y ético (MATERNO INFANTIL) 5. Desarrollo formativo de las rutas según la resolución 3280/2018 así como a la implementación del sistema de atención primario en salud según ciclo de la vida (primera infancia, infancia, adolescencia, adultez, vejez) 6. Normas enfocadas en la prevención y manejo de enfermedades y eventos de interés en salud pública. ◦ Manejo del proceso médico- legales de RESOLUCION NUMERO 1995 DE 1999 (Julio 8), Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica en Colombia.

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD					**PUBLICA**		**PRIVADA**		**JEFE INMEDIATO**			
Konekta temporal LTDA							x		Nayibe Julio			
DEPARTAMENTO/MUNICIPIO	**CONTACTO TELEFONICO ENTIDAD**						**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**					
CÓRDOBA/MONTERÍA	6047810275						Konektatemporal@hotmail.com					
DIRECCIÓN ENTIDAD	**FECHA DE INGRESO**						**FECHA DE RETIRO**					
Carrera 9 #40-20 oficina 202	**DIA**	**01**	**MES**	**08**	**AÑO**	**12**	**DIA**	**31**	**MES**	**12**	**AÑO**	**13**
CARGO	**TIPO DE CONTRATO**						**MOTIVO DE RETIRO**					
Jefe de enfermería	Contrato a término indefinido						Renuncia					
PRINCIPALES FUNCIONES DESARROLLADAS	1. Planificación y programación: Elaborar el plan operativo anual de PY P , definir objetivos y metas, y establecer estrategias para alcanzarlos. 2. Coordinación y supervisión: Organizar y distribuir las actividades entre el personal de enfermería, supervisar su ejecución y asegurar el cumplimiento de los protocolos y procedimientos. 3. Ejecución de actividades: Participar activamente en la implementación de programas de P Y P, como vacunación, educación para la salud, detección temprana de enfermedades, entre otros.											

	4. Evaluación: Realizar seguimiento y evaluación de los resultados de las actividades de P Y P, identificando áreas de mejora y proponiendo acciones correctivas. 5. Gestión de recursos: Gestionar el personal, los recursos materiales y financieros necesarios para el desarrollo de las actividades de PY P. 6. Educación y capacitación: Brindar capacitación al personal de enfermería y a la comunidad sobre temas relacionados con la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. 7. Participación en redes de salud: Colaborar con otras instituciones y organizaciones para fortalecer las acciones de P Y P a nivel local y regional. 8. Elaboración de informes: Preparar informes y reportes sobre las actividades realizadas, los resultados obtenidos y las necesidades identificadas. 9. Asesoramiento: Brindar asesoramiento técnico y orientación al personal de enfermería y a la comunidad en temas de P Y P.

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD					**PUBLICA**		**PRIVADA**		**JEFE INMEDIATO**			
Konekta temporal LTDA							x		Nayibe Julio			
DEPARTAMENTO/MUNICIPIO	**CONTACTO TELEFONICO ENTIDAD**						**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**					
CÓRDOBA/MONTERÍA	6047810275						Konektatemporal@hotmail.com					
DIRECCIÓN ENTIDAD	**FECHA DE INGRESO**						**FECHA DE RETIRO**					
Carrera 9 #40-20 oficina 202	**DIA**	**02**	**MES**	**08**	**AÑO**	**12**	**DIA**	**31**	**MES**	**12**	**AÑO**	**14**
CARGO	**TIPO DE CONTRATO**						**MOTIVO DE RETIRO**					
Jefe de enfermería	Contrato a término indefinido						Renuncia					
PRINCIPALES FUNCIONES DESARROLLADAS	1. Planificación y programación: Elaborar el plan operativo anual de PY P , definir objetivos y metas, y establecer estrategias para alcanzarlos. 2. Coordinación y supervisión: Organizar y distribuir las actividades entre el personal de enfermería, supervisar su ejecución y asegurar el cumplimiento de los protocolos y procedimientos.											

	3. Ejecución de actividades: Participar activamente en la implementación de programas de P Y P, como vacunación, educación para la salud, detección temprana de enfermedades, entre otros. 4. Evaluación: Realizar seguimiento y evaluación de los resultados de las actividades de P Y P, identificando áreas de mejora y proponiendo acciones correctivas. 5. Gestión de recursos: Gestionar el personal, los recursos materiales y financieros necesarios para el desarrollo de las actividades de PY P. 6. Educación y capacitación: Brindar capacitación al personal de enfermería y a la comunidad sobre temas relacionados con la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. 7. Participación en redes de salud: Colaborar con otras instituciones y organizaciones para fortalecer las acciones de P Y P a nivel local y regional. 8. Elaboración de informes: Preparar informes y reportes sobre las actividades realizadas, los resultados obtenidos y las necesidades identificadas. 9. Asesoramiento: Brindar asesoramiento técnico y orientación al personal de enfermería y a la comunidad en temas de P Y P. 10. Participación en la gestión de calidad: Contribuir a la mejora continua de la calidad de los servicios de P Y P, implementando acciones de mejora y participando en procesos de acreditación.

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD				**PUBLICA**		**PRIVADA**		**JEFE INMEDIATO**				
Integridad SAS						X		Delber Beltrán				
DEPARTAMENTO/MUNICIPIO	**CONTACTO TELEFONICO ENTIDAD**					**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**						
CÓRDOBA/Valencia	2504633 ext. 101, 104 o 106					directorath@grupoempresarialintegra.com						
DIRECCIÓN ENTIDAD	**FECHA DE INGRESO**					**FECHA DE RETIRO**						
Carrera 80 C #33-11	**DIA**	**01**	**MES**	**01**	**AÑO**	**12**	**DIA**	**30**	**MES**	**06**	**AÑO**	**12**
CARGO	**TIPO DE CONTRATO**					**MOTIVO DE RETIRO**						
Jefe de enfermería	Contrato a término fijo					Renuncia						

PRINCIPALES FUNCIONES DESARROLLADAS	1. Planificación, organización, dirección y control: El jefe de enfermería planifica, organiza, dirige y controla los recursos humanos, financieros y materiales para cumplir con los objetivos de la institución. 2. Gestión del personal: Se encarga de la contratación, capacitación, evaluación y distribución del personal de enfermería, asegurando una adecuada dotación de personal y su desarrollo profesional. 3. Supervisión y control de la atención: Supervisa la calidad de los cuidados de enfermería, asegurando que se cumplan los protocolos y normativas, y que se brinde una atención segura y efectiva. 4. Desarrollo de políticas y procedimientos: Participa en la elaboración e implementación de políticas y procedimientos de enfermería, así como en la promoción de prácticas seguras y efectivas. 5. Coordinación con otros departamentos: Colabora con otros departamentos médicos y administrativos para asegurar una atención coordinada y eficiente al paciente. 6. Resolución de problemas: Interviene en la resolución de problemas y conflictos que puedan surgir en el servicio de enfermería, buscando soluciones que beneficien tanto al personal como a los pacientes. 7. Educación y formación: Participa en la capacitación del personal de enfermería y en la formación de estudiantes, promoviendo el desarrollo profesional continuo. 8. Gestión de recursos: Administra los recursos del servicio de enfermería, incluyendo materiales, equipos y suministros, buscando la optimización de los mismos. 9. Atención directa al paciente: En situaciones que lo requieran, puede brindar atención directa al paciente, demostrando habilidades clínicas y ofreciendo apoyo al equipo de enfermería.

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	**PUBLICA**	**PRIVADA**	**JEFE INMEDIATO**
Integra		X	Delber Beltrán
DEPARTAMENTO/MUNICIPIO	**CONTACTO TELEFONICO ENTIDAD**	**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**	
CÓRDOBA/VALENCIA	2504633 ext. 101, 104 o 106	NR	
DIRECCIÓN ENTIDAD	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	

Carrera 80 C #33-11	**DIA**	**08**	**MES**	**07**	**AÑO**	**11**	**DIA**	**31**	**MES**	**12**	**AÑO**	**11**
CARGO	**TIPO DE CONTRATO**						**MOTIVO DE RETIRO**					
Jefe de enfermería	Contrato a término fijo						Cambio de bolsa de empleo					
PRINCIPALES FUNCIONES DESARROLLADAS	1. Planificación, organización, dirección y control: El jefe de enfermería planifica, organiza, dirige y controla los recursos humanos, financieros y materiales para cumplir con los objetivos de la institución. 2. Gestión del personal: Se encarga de la contratación, capacitación, evaluación y distribución del personal de enfermería, asegurando una adecuada dotación de personal y su desarrollo profesional. 3. Supervisión y control de la atención: Supervisa la calidad de los cuidados de enfermería, asegurando que se cumplan los protocolos y normativas, y que se brinde una atención segura y efectiva. 4. Desarrollo de políticas y procedimientos: Participa en la elaboración e implementación de políticas y procedimientos de enfermería, así como en la promoción de prácticas seguras y efectivas. 5. Coordinación con otros departamentos: Colabora con otros departamentos médicos y administrativos para asegurar una atención coordinada y eficiente al paciente. 6. Resolución de problemas: Interviene en la resolución de problemas y conflictos que puedan surgir en el servicio de enfermería, buscando soluciones que beneficien tanto al personal como a los pacientes. 7. Educación y formación: Participa en la capacitación del personal de enfermería y en la formación de estudiantes, promoviendo el desarrollo profesional continuo. 8. Gestión de recursos: Administra los recursos del servicio de enfermería, incluyendo materiales, equipos y suministros, buscando la optimización de los mismos. 9. Atención directa al paciente: En situaciones que lo requieran, puede brindar atención directa al paciente, demostrando habilidades clínicas y ofreciendo apoyo al equipo de enfermería.											

REFERENCIAS

REFERENCIAS PROFESIONALES:

NOMBRE DE LA PERSONA: FERNANDO DE ORO

OCUPACION: EPIDEMIOLOGO

TELEFONO: 3114211599

NOMBRE DE LA PERSONA: YOEIMA VANESSA CONTRERAS PRETEL

OCUPACION: ENFERMERA AUDITORA ESPECIALISTA EN SST

TELEFONO: 3216991462

REFERENCIAS PERSONALES:

NOMBRE DE LA PERSONA: DANNA ESTHER URZOLA CAUSIL

OCUPACION: PSICOLOGA ESPECIALISTA EN SST

TELEFONO: 3122180228

NOMBRE DE LA PERSONA: GUIDO LACAYO

OCUPACION: ENFERMERO AUDITOR

TELEFONO: 3002947144

NOMBRE DE LA PERSONA: LUISA BERRIO

OCUPACION: ENFERMERA- ABOGADA

TELEFONO: 3012101128



ALBERT DAVID GALVAN BENITEZ
NOMBRES Y FIRMAFIRMA
CEDULA: 1067881222



FECHA DE NACIMIENTO 05-OCT-1989

MONTERIA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.73
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

26-DIC-2007 MONTERIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1300100-00150753-M- 067881222-20090224 0010009832A 1 27986014



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.067 881.222

GALVAN BENITEZ
APELLIDOS

ALBERT DAVID
NOMBRES

FIRMA

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
y en su nombre

NIT 891080031-3

LA UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

CONFIERE EL TÍTULO DE

MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA

A

ALBERT DAVID GALVAN BENITEZ

C.C. Nº 1067881222 DE MONTERIA

POR HABER CUMPLIDO LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS
Y TESTIMONIO DE ELLO LE OTORGA EL PRESENTE DIPLOMA

En la ciudad de Montería, a los **2** días del mes de **OCTUBRE** de **2024**

RECTOR DE LA UNIVERSIDAD

SECRETARIA GENERAL

DECANO DE LA FACULTAD

Registrado al folio No. **203** del Libro de Registros de Diplomas No. **114**

057943

Powered by CamScanner

UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

"VIGILADA MINEDUCACIÓN"

ACTA DE GRADO No. 163030

EN LA CIUDAD DE MONTERÍA, A LOS **2** DÍAS DEL MES **OCTUBRE** DE **2024** SE CELEBRÓ EL ACTO DE GRADUACIÓN DEL SEÑOR:

ALBERT DAVID GALVAN BENITEZ

CON CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO 1067881222 EXPEDIDA EN MONTERIA, A QUIEN LA UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA A TRAVÉS DE LA FACULTAD DE:

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

EN NOMBRE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y POR AUTORIZACIÓN DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL LE OTORGÓ EL TÍTULO DE:

MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA

Y SE LE HIZO ENTREGA DEL DIPLOMA CORRESPONDIENTE, EN FE DE LO ANTERIOR, SE FIRMA LA PRESENTE ACTA DE GRADO EN LA CIUDAD DE MONTERÍA, A LOS **2** DÍAS DEL MES **OCTUBRE** DE **2024.**

FIRMADO POR:

CELY CECILIA FIGUEROA BANDA
SECRETARIA GENERAL

JUAN PABLO OYOLA CORDOBA
JEFE DE ADMISIONES, REGISTRO Y CONTROL

MONTERÍA, 2 DE OCTUBRE DE 2024

REGISTRADO AL FOLIO No. 203 DEL LIBRO DE REGISTRO DE DIPLOMAS No. 114

47837

THOMAS GREG & SONS

Powered by CamScanner

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
y en su nombre

NIT 891080031-3

LA UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

CONFIERE EL TÍTULO DE

ESPECIALISTA EN AUDITORÍA DE LA CALIDAD EN SALUD

A

ALBERT DAVID GALVÁN BENÍTEZ

C.C. No. 1.067.881.222 DE MONTERÍA

POR HABER CUMPLIDO LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS
Y EN TESTIMONIO DE ELLO LE OTORGA EL PRESENTE DIPLOMA

En la ciudad de Montería, a los 18 días del mes de JULIO de 2014

RECTOR DE LA UNIVERSIDAD

DECANO DE LA FACULTAD

SECRETARIO GENERAL

Registrado al folio No. 56 del Libro de Registros de Diplomas No. 9

24750

ACTA DE GRADO No. 092030

EN LA CIUDAD DE MONTERÍA, A LOS **18** DÍAS DEL MES DE **JULIO** DE **2014** SE CELEBRÓ EL ACTO DE GRADUACIÓN DEL SEÑOR (A):

ALBERT DAVID GALVÁN BENÍTEZ

CON CÉDULA DE CIUDADANÍA No. **1.067.881.222** EXPEDIDA EN **MONTERÍA** QUIEN LA UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA A TRAVÉS DE LA FACULTAD DE:

CIENCIAS DE LA SALUD

EN NOMBRE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y POR AUTORIZACIÓN DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL LE OTORGÓ EL TÍTULO DE:

ESPECIALISTA EN AUDITORÍA DE LA CALIDAD EN SALUD

Y SE LE HIZO ENTREGA DEL DIPLOMA CORRESPONDIENTE.

EN FE DE LO ANTERIOR, SE FIRMA LA PRESENTE ACTA DE GRADO EN LA CIUDAD DE MONTERÍA, A LOS **18** DÍAS DEL MES DE **JULIO** DE **2014.**

FIRMADO POR: **RAFAEL RAMON RACHECO MIZGER**
SECRETARIO GENERAL

ES FIEL COPIA TOMADA DEL ORIGINAL, EN LO PERTINENTE

OSWALDO ANTONIO TORDECILLA DIAZ
JEFE (E) DE ADMISIONES, REGISTRO Y CONTROL ACADEMICO

MONTERÍA, 18 DE JULIO DE 2014

REGISTRADO AL FOLIO 270 **DEL LIBRO DE REGISTRO DE ACTAS No. 1**

14999

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
y en su nombre

LA UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

CONFIERE EL TÍTULO DE

ENFERMERO

A

ALBERT DAVID GALVÁN BENÍTEZ

C.C. No. 1.067.881.222 DE MONTERÍA

POR HABER CUMPLIDO LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS
Y EN TESTIMONIO DE ELLO LE OTORGA EL PRESENTE DIPLOMA

En la ciudad de Montería, a los 21 días del mes de DICIEMBRE de 2010

RECTOR DE LA UNIVERSIDAD

SECRETARIO GENERAL

DECANO DE LA FACULTAD

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA
DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD
Reconózcase este Título para todos los efectos legales
RESOLUCIÓN N° 1185
MONTERÍA 11 MAY 2011

Registrado al folio No. 48 del Libro de Registros de Diplomas No. 3

18808

ACTA DE GRADO No. 724128

EN LA CIUDAD DE MONTERÍA, A LOS **21** DÍAS DEL MES DE **DICIEMBRE** DE **2010** SE CELEBRÓ EL ACTO DE GRADUACIÓN DEL SEÑOR (A):

ALBERT DAVID GALVÁN BENÍTEZ

CON CÉDULA DE CIUDADANÍA No.**1.067.881.222** EXPEDIDA EN **MONTERÍA** A QUIEN LA UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA A TRAVÉS DE LA FACULTAD DE:

CIENCIAS DE LA SALUD

EN NOMBRE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y POR AUTORIZACIÓN DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL LE OTORGÓ EL TÌTULO DE:

ENFERMERO

Y SE LE HIZO ENTREGA DEL DIPLOMA CORRESPONDIENTE. EN FE DE LO ANTERIOR, SE FIRMA LA PRESENTE ACTA DE GRADO EN LA CIUDAD DE MONTERÍA, A LOS **21** DÍAS DEL MES DE **DICIEMBRE** DE **2010.**

FIRMADO POR: **HERNANDO PETRO BETANCOURT**
SECRETARIO GENERAL

ES FIEL COPIA TOMADA DEL ORIGINAL, EN LO PERTINENTE.

OSWALDO ANTONIO TORDECILLA DIAZ
JEFE DE ADMISIONES, REGISTRO Y CONTROL ACADEMICO

MONTERÍA, 21 DE DICIEMBRE DE 2010

REGISTRADO AL FOLIO No. 108 DEL LIBRO DE REGISTROS DE ACTAS No. 1

07014

UTE
UNIVERSITY OF TECHNOLOGY AND EDUCATION

PROOF OF STUDIES

The undersigned, LUIS E. TORRES-NUNEZ PhD, DIRECTOR OF ADMISSIONS AND REGISTRAR of the UNIVERSITY OF TECHNOLOGY AND EDUCATION, hereby confirms that GALVAN BENITEZ, ALBERT DAVID, Identity Document No. 1067881222, is a student of the DOCTOR OF SCIENCES IN EDUCATION, Major Educational Research and Pedagogical Narratives , during the academic period SPRING 2025 - DA, from February 24 to July 27 of 2025 year.

This study program started February 24 of the 2025 year and its estimated completion date is February 7 of the 2028 year.

CODE	COURSE	SECTION
DED305	EDUCATIONAL RESEARCH PARADIGMS	5
DED310	HISTORY OF PEDAGOGY AND DIDACTICS	5
DED502	LINE SEMINAR I: EDUCATIONAL AND PEDAGOGICAL RESEARCH, BORDER EPISTEMOLOGICAL FIELDS	1

The letter was issued at the request of the interested party in Miami, Florida, on March 3, 2025.

Signed by:



LUIS E. TORRES-NUNEZ PhD
DIRECTOR OF ADMISSIONS AND REGISTRAR

UTE
UNIVERSITY OF TECHNOLOGY AND EDUCATION

CONSTANCIA DE ESTUDIO

Quien suscribe, LUIS E. TORRES-NUNEZ PhD, DIRECTOR DE ADMISIONES Y REGISTRO de la UNIVERSIDAD DE TECNOLOGÍA Y EDUCACIÓN, hace constar que GALVAN BENITEZ, ALBERT DAVID, Número de identificación Nº 1067881222, es alumno del DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN, Énfasis Investigación Educativa y Narrativas Pedagógicas, durante el periodo académico SPRING 2025 - DA del 24 de Febrero al 27 de Julio del año 2025.

Este programa de estudios inició 24 de Febrero del año 2025 y su fecha estimada de finalización es 07 de Febrero del año 2028.

CÓDIGO	CURSO	SECCIÓN
DED305	PARADIGMAS DE LA INVESTIGACIÓN EDUCATIVA	5
DED310	HISTORIA DE LA PEDAGOGÍA Y LA DIDÁCTICA	5
DED502	INVESTIGACIÓN EDUCATIVA Y PEDAGÓGICA, CAMPOS EPISTEMOLÓGICOS FRONTERIZOS.	1

Se expide a petición del interesado en Miami, Florida, el 03 de Marzo de 2025.

Firmado por:

LUIS E. TORRES-NUNEZ PhD
DIRECTOR DE ADMISIONES Y REGISTRO

Gobernación de Córdoba
Solidaria y comprometida

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA
SECRETARÍA DE DESARROLLO DE LA SALUD

REGISTRO No. 231185/11

INSCRIPCIÓN No. 1078

Nombres: ALBERT DAVID

Apellidos: GALVAN BENITEZ

C.C. No.: 1.067.881.222

Profesión: ENFERMERO

Montería: 11 MAY 2011

Secretario Seccional de Salud



SISPRO - Aplicativos Misionales

Menú

Iniciar Sesión Registrarse

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

1067881222

Primer Nombre

Albert

Primer Apellido

Galvan

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

4454

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2025-08-15→11:23:48 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	D
CC	1067881222	ALBERT	DAVID	GALVAN	BENITEZ	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) ALBERT DAVID GALVAN BENITEZ identificado(a) con CC 1067881222 registra La siguiente información:

2025-08-15→11:23:48 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Enfermería	2011-05-11	23001185	SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD DEPARTAMENTAL DE CORDOBA

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

Cruz Roja Colombiana

HACE CONSTAR QUE

Albert David Galván Benitez

N° de identificación: 1067881222

Realizo y completo los requisitos para el curso virtual en:

FORMACIÓN VIRTUAL EN MISIÓN MEDICA

Con una intensidad horaria de 40 Horas

Esta constancia fue generada en Bogotá D.C. Colombia

Insignia: 55eee497-2172-420c-ade7-e22da0692f1b

martes 25 de febrero de 2025

VICTORIA EUGENIA LEMA LONDOÑO

Líder Educación Nacional

Sociedad Nacional de la Cruz Roja Colombiana

Esta constancia no constituye título de idoniedad para el ejercicio de las profesiones de salud.

Certificate of Completion

Albert David Galván Benítez

has successfully completed

Prevención de la explotación y los abusos sexuales (PSEA)

provided by

UNICEF



Hannan Sulieman
Deputy Executive Director-Management, UNICEF

14 de noviembre de 2024

Ixw8aN8ERO

Note: This certificate is issued by UNICEF through the Agora platform. It may not be recognized by other institutions – including third party vendors or universities from which content may be offered in this course or programme.

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:

ALBERT DAVID GALVAN BENITEZ

Con Documento de Identidad No 1067881222

CURSÓ Y APROBÓ EL

DIPLOMADO EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

MEDELLIN - 14 DE SEPTIEMBRE DE 2024 AL 18 DE OCTUBRE DE 2024

Con una intensidad horaria de ciento veinte (120) horas

Registrado en el Libro de Actas No 0020241018

www.politecnicodecolombia.edu.co

POLITÉCNICO DE COLOMBIA

FIRMA Y CÓDIGO DE SEGURIDAD 241018A-486248

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

CORPORACIÓN
ACADEMIA FREDERICK FLORET

Licencia de Funcionamiento N° 0001514 Secretaria de Educación Departamental - Córdoba
Aprobado en Resolución N° 0005315 del 25 de Octubre de 2001 Registro de Programas N° 2427 de Octubre de 2019, Resolución N° 0990 del 27 de julio de 2022 secretaria de educación Montería – Córdoba, en Acuerdas N° 0230 del 18 de Junio de 2018 radicado 200478261 del 17- marzo de 2022 de la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud Ministerio de Salud y Protección Social-Ministerio de Educación Nacional.

Otorga Certificado a:

ALBERT DAVID GALVAN BENITEZ

Cédula de Ciudadanía No. 1.067.881.222 De Montería (Córdoba)

Asistió y Aprobó el Diplomado en:

DOCENCIA UNIVERSITARIA CON ENFASIS EN MANEJO DE LAS TIC (TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES).

Se Expide la Presente Constancia Según Decreto 1075 del 18 de Mayo 26 del 2015 Ministerio de Educación Nacional
En la Ciudad de Montería a los 24 días de Agosto del año 2024 modalidad Virtual con una intensidad horaria de 120 horas, vigencia Agosto de 2027

Directora

Formando el hombre del futuro educamos con amor calidad y eficiencia

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

ALBERT DAVID GALVAN BENITEZ

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

Diagnóstico y manejo clínico del dengue

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 85,00 %

8 de agosto de 2023

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

FIU Robert Stempel College of Public Health & Social Work
Florida International University

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://mooc.campusvirtualsp.org/mod/simplecertificate/verify.php?code=64d2cf7c-5210-4460-905f-290fac1f1c2a

INTEGRIDAD PÚBLICA

FUNCIÓN PÚBLICA

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

ALBERT DAVID GALVAN BENITEZ

C.C 1.067.881.222

Participó y completó el curso virtual:

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 01 de febrero 2023



Aura Isabel Mora

Directora de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano

Código: 761652407000

CERTIFICADO

LA CORPORACIÓN INFANCIA Y DESARROLLO – LA CID

CERTIFICA

Que, **ALBERT DAVID GALVAN BENITEZ** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1067881222,** estuvo vinculado(a) con la Corporación, mediante contrato por prestación de servicios**,** desempeñando el rol **PROFESIONAL DE SALUD (ATENCION INTEGRAL),** en el proyecto ***"MSPS CONVENIO 1202 2024",*** desde el 18 de ocrubre del 2024 hasta el 30 de mayo del 2025, devengando honorarios mensuales de: **($ 4.711.100) CUATRO MILLONES SETECIENTOS ONCE MIL CIEN PESOS.**

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. 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:
    a. Realizar la actualización y entrega de base de focalización.
    b. Implementar la estrategia de focalización conforme a las indicaciones dadas por el equipo coordinador nacional.
    c. 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.
    d. 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.
3. 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:
    a. 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.
    b. 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.
    c. 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.

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

d. 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.

4. 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.

5. 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:

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.

6. 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.

7. 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.

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

9. 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.

10. 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.

11. Dar cumplimiento a la implementación de las recomendaciones de seguridad en terreno definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

12. 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.

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

13. 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 30 días del mes de mayo 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

Hace constar:

Que el señor **Albert David Galván Benítez**, identificado con Cedula de ciudadanía N° **1.067.881.222** De Montería, Córdoba, ha laborado en la empresa de educación de formación técnica **ACADEMIA FREDERICK FLORET SAS**, realizando las siguientes actividades en calidad de coordinador académico y de educación continuada:

Actividades administrativas:

- Planear y programar las actividades académicas
- Organizar a los profesores por niveles, grados y áreas
- Coordinar la acción académica con la de administración
- Establecer canales de comunicación con los docentes
- Evaluar el rendimiento académico
- Elaborar el horario de clases
- Fomentar la investigación científica
- Presentar informes al rector sobre los resultados académicos
- Solicitar el material didáctico necesario
- Supervisar el seguimiento de los estudiantes en riesgo
- Participar en la elaboración del plan de rotación de puestos de aprendizaje
- Gestionar y establecer convenios de aprendizaje
- Coordinar y supervisar la formación profesional de los estudiantes
- Mantener comunicación sobre avances, necesidades y problemática
- Interpretar y hacer cumplir las disposiciones de los códigos estatales de educación
- Capacitar y orientar a los maestros
- Observar el trabajo del personal docente para evaluar el desempeño.

Calle 27 Nº 10-21 Montería Colombia
Tel: 7815319-3114198844-3205206613-3157342586
E- mail: academiafrederickfloretoficial@gmail.com

Powered by CamScanner

Dichas actividades han sido desarrolladas desde el **28 de Enero del año 2022 hasta la fecha de la presente certificación**. El coordinador en cuestión, se da fe a través de la presente certificación, que ha cumplido sus actividades laborales con responsabilidad, ética profesional, idoneidad, eficiencia y eficacia.

Esta constancia se expide a solicitud del interesado y se firma en Montería, a los 01 días del mes de Marzo de 2025.

DORIS ALVAREZ COLON
DIRECTORA Y REPRESENTANTE LEGAL
C.C 26.022.777 De Planeta Rica- Córdoba

NOTA: ANOTADO EN EL LIBRO N° 1 FOLIO N°16-LINEA 135

Powered by CamScanner

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

RAD:202430000310

LA SUSCRITA SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA

HACE CONSTAR QUE

Revisados los archivos de contratación en esta entidad, se constató que el señor **ALBERT DAVID GALVAN BENITEZ,** identificado con cedula de ciudadanía número 1.067.881.222 expedida en Montería, suscribió con esta entidad las órdenes y /o contratos de prestación de servicios que a continuación se relaciona:

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS: SS-060-2023
FECHA DE INICIO: 28/02/2023
FECHA DE TERMINACIÓN: 27/12/2023
PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: DIEZ (10) MESES
VALOR DEL CONTRATO: $48.866.450

OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UN ENFERMERO ESPECIALIZADO PARA BRINDAR APOYO A LA SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD, EN EL FORTALECIMIENTO DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION (PAI) DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS NACIONALES VIGENTES Y APOYAR EN LA GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN DEL PLAN NACIONAL (PNV) EN MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA.

Las obligaciones desarrolladas por la contratista se enlistan a continuación:

1. Presentar los primeros 5 días de cada mes el cronograma de trabajo mensual a realizar durante la vigencia del contrato**. 2.** Realizar una (1) visita de actualización de la línea de base a los Municipios del Departamento de Córdoba, asignados por el Coordinador PAI Departamental, con el fin de Identificar y priorizar las acciones a fortalecer en el marco de la gestión del PAI. Dichas visitas deben realizarse en las primeras 4 semanas a partir del inicio del contrato. Soportes generados para esta actividad son; Formato de línea de base diligenciada a cada Municipio visitado, oficio de convocatoria y/o concertación de visita,

Actas de visita, Listado de asistencia y registro fotográfico. **3.** Realizar dos (2) visitas integrales de

Gobernación de Córdoba. NIT. 800103935-6
Palacio de Nain. Calle 27 No. 3 - 28 Montería, Córdoba
PBX. + (57) 4 784 8940 - 01 8000 400 357
contactenos@corodoba.gov.co gobernador@cordoba.gov.co
www.cordoba.gov.co

asistencia técnica, seguimiento a planes de mejora instaurados en visita inicial, análisis de indicadores, fortalecimiento de capacidades y supervisión del Programa Ampliado de Inmunización por componentes, con base a los lineamientos Técnicos y administrativos del PAI, establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, a los Municipios del Departamento de Córdoba, asignados por el Coordinador PAI Departamental. Soportes requeridos de esta actividad: Actas de reunión, Listados de asistencia, Registro fotográfico, Formatos de seguimiento a Plan de Mejora. **4.** Realizar dos (2) mesas de trabajo a los municipios asignados que presenten de alto riesgo y coberturas criticas de vacunación, para fortalecer la gestión y operación del programa, articulado con la Dirección Local de Salud Municipal, el Coordinador PAI Municipal y/o Institucional, las EAPB presentes en el territorio y aliados estratégicos del programa en el Municipio (ICBF, DPS, Secretaria de Educación Municipal, ONG, entre otros), para definir acciones conjuntas para el mejoramiento de la gestión del programa PAI en el municipio. Soportes requeridos de esta actividad: Acta de reunión, Listados de asistencia, Registro fotográfico, Formatos de Plan de Acción. **5.** Enviar de forma mensual a la Coordinación PAI Departamental y a la Coordinación de IVC, notificación de los Municipios que Incumplan con los compromisos, requerimientos, planes de mejora, o responsabilidades establecidas en las asistencias técnicas, en el marco de los lineamientos nacionales para la Gestión y Administración del Programa Ampliado de Inmunización y hacer seguimiento de las respuestas y/o procesos derivados de dichos requerimientos. **6.** Brindar apoyo técnico y administrativo a las Secretarías de Salud de los Municipios asignados durante las jornadas nacionales y/o Departamentales de vacunación emitidas en la vigencia 2023, teniendo en cuenta los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social y/o directrices Departamentales según corresponda. Para evidenciar esta actividad el contratista realizará informe ejecutiva con los resultados y acciones desarrolladas en cada jomada programada y registro fotográfico. **7.** Participar en espacios de crecimiento académico y escenarios de análisis, como comités de vigilancia epidemiológica, unidades de análisis y salas situacionales de los eventos de enfermedades inmuno prevenibles - PAI- notificados en los Municipios asignados y programados por el referente de vigilancia de las enfermedades inmuno prevenibles de la Secretaria de Desarrollo de la Salud. Para evidenciar el cumplimiento de esta obligación deberá aportar actas de reunión, listados de asistencias y registro fotográfico. **8.** Apoyar en la

coordinación, gestión, supervisión de la ejecución y cierre del Plan Nacional de Vacunación contra el COVID19 del Departamento de Córdoba y de los municipios asignados, en el marco de la competencia del Ente Territorial. Para evidenciar el cumplimiento de esta obligación deberá aportar actas de reunión, listados de

asistencias y registro fotográfico**. 9.** Apoyar al PAI Departamental en la respuesta de los requerimientos de la alta dirección, y los formulados por los entes de control, Ministerio de Salud y Protección Social y la Secretaría de Desarrollo de la Salud, de acuerdo con su competencia. En tal caso la evidencia de esta actividad deberá presentar la solicitud y respuesta de la información requerida, según corresponda. **10.** Presentar un informe ejecutivo mensual al Coordinador PAI, sobre la gestión realizada del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) de los municipios asignados, de conformidad con los formatos establecidos por la Secretaria de Desarrollo de la Salud para este efecto; en el informe deberá hacer un análisis mensual de los indicadores (acceso/deserción), coberturas de vacunación, seguimiento a los compromisos de las asistencia técnica y proponer las acciones de mejoramiento de coberturas de vacunación. Soporte: Informe ejecutivo mensual. **11.** Desarrollar las demás funciones que asigne el supervisor del contrato de acuerdo con el nivel, la naturaleza y el área de desempeño del cargo.

Dado en la ciudad de Montería el 01 de febrero de

2024. Atentamente,

YENY TORRALVO VIANA
Secretaria de Desarrollo de la Salud Departamental

Elaboró: Yeny Suarez, Secretaria ejecutiva. despacho SDS Revisó: Liliana Andrade, Profesional Especializado SDS

11000

Montería, 12/01/2023

EL SUSCRITO SECRETARIO DE DESARROLLO DE LA SALUD DEL DEPARTAMENTO DE CORDOBA

HACE CONSTAR QUE

Revisados los archivos de contratación en esta entidad, se constató que el señor: **ALBERT DAVID GALVAN BENITEZ,** identificado con cedula de ciudadanía número 1.067.881.222 de Montería, suscribió con esta entidad las órdenes y /o contratos de prestación de servicios que a continuación se relaciona:

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS: SS-061-2022
FECHA DE INICIO: 21/01/2022
FECHA DE TERMINACION: 20/08/2022
PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO: SIETE (07) MESES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $31.968.706

OBJETO: LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UN ENFERMERO (A) PROFESIONAL PARA BRINDAR APOYO AL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION DE LA SECRETARIA DE DESARROLLO DE SALUD, EN LO RELACIONADO CON EL SEGUIMIENTO A LAS EAPB QUE OPERAN EN EL DEPARTAMENTO Y A LAS ESTRATEGIAS PAI QUE SE DESARROLLEN EN ARTICULACION CON ALIADOS ESTRATEGICOS DEL PROGRAMA PAI, PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS COBERTURAS DE VACUNACION DE ACUERDO CON LINEAMIENTOS NACIONALES VIGENTES DEL PAI Y APOYAR EN LA GESTION Y ADMINISTRACION DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI) EN EL PLAN NACIONAL VACUNACION (PNV) CONTRA COVID-19 EN LOS MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DE CORDOBA.

Las obligaciones desarrolladas por la contratista se enlistan a continuación:

1.-Presentar los primeros 5 días de cada mes el cronograma de trabajo mensual y notificar por escrito los cambios que se presenten durante la vigencia del contrato. **2.** Realizar una (1) visita de actualización de la línea de base a cada una de las EAPB que operan en el departamento de Córdoba. Dichas visitas deben realizarse en las primeras 4 semanas a partir del inicio del contrato. Soportes generados para esta actividad son: Formato de línea de base diligenciada a cada EAPB visitada, oficio de convocatoria y/o concertación de visita, Actas de visita, listados de asistencia, formatos de plan de mejora y registro fotográfico**. 3.** Realizar una (1) mesa de trabajo cada dos meses de asistencia técnica durante el tiempo de ejecución del contrato con las EAPB que operan en el departamento de Córdoba, para el seguimiento a planes de mejora instaurados en visita inicial, que permita la articulación intersectorial, el análisis de indicadores, el fortalecimiento de capacidades y la supervisión del Programa Ampliado de Inmunización por componentes, con la presencia mínima de los siguientes actores: Gerente de la EAPB y el referente de PAI de la EAPB. Soportes requeridos de esta actividad: Cronograma de visitas, Actas de Reunión, Listado de Asistencia, Registro Fotográfico y Formatos de Seguimiento a Plan de mejora. **4.** Realizar análisis mensual de coberturas de vacunación de población afiliada, seguimiento a las acciones de inducción a la demanda y planes de acción instaurados, seguimiento a la contratación del servicio de vacunación (intra y extramural) y revisión del seguimiento a Cohortes de las EAPB que operan en el departamento de Córdoba, a la luz de los lineamientos nacionales vigentes, como insumo para realizar la asistencia técnica y proponer las acciones de mejoramiento de coberturas de vacunación en el departamento. Soporte: Informe ejecutivo mensual. **5.** Fortalecer la coordinación y gestión del programa en articulación con aliados estratégicos, tales como, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), Departamento para la Prosperidad Social (DPS), Comités de Política Social, sociedades científicas y académicas, Secretarías de salud y educación, Procuraduría, Comisarías de familias, Personeros municipales, programas especiales de atención a la población objeto del programa (ancianatos, fundaciones de adulto mayor), iglesias, Organizaciones no Gubernamentales (ONGS), líderes comunitarios, entre otros, para el mejoramiento de las coberturas de vacunación en el Departamento. Según asignación

de coordinación PAI departamental. Soportes requeridos de esta actividad: Actas de Reunión, Listado de Asistencia y Registro Fotográfico**. 6.** Realizar una (1) visita de asistencia técnica inicial y una (1) visita de seguimiento y fortalecimiento de capacidades y verificación de compromisos a cada una de las instituciones privadas que ofrecen vacunas NO PAI en el Departamento de Córdoba, en articulación con el administrador(a) en salud del programa. Soportes generados para esta actividad

son: Formato de línea de base diligenciada a cada IPS visitada, oficio de convocatoria y/o concertación de visita, Actas de visita, listados de asistencia, formatos de plan de mejora, registro fotográfico. **7.** Enviar de forma mensual a la coordinación PAI departamental y a la coordinación de IVC notificación de las EAPB y IPS NO PAI que incumplan con los compromisos, requerimientos, planes de mejora, o responsabilidades, establecidas en las asistencias técnicas o mesas de trabajo, en el marco de los lineamientos nacionales para la Gestión y Administración del Programa Ampliado de Inmunización y hacer seguimiento de las respuestas y/o procesos derivados de dichos requerimientos. **8.** Participar en espacios de crecimiento académico y escenarios de análisis, como comités de vigilancia epidemiológica, unidades de análisis y salas situacionales de los eventos de enfermedades inmunoprevenibles -PAI- notificados en los municipios asignados y programados por el referente de vigilancia de las enfermedades inmunoprevenibles de la Secretaria de Desarrollo de la Salud. Para evidenciar el cumplimiento de esta obligación deberá aportar actas de reunión, listado de asistencias y registro fotográfico. **9.** Hacer seguimiento específico a eventos asignados por la Coordinación PAI, por directriz del MSPS, con el fin de proponer, implementar y evaluar estrategias para el mejoramiento de estos, ¡en conjunto con el Equipo PAI Departamental mensualmente. Soporte de esta actividad: Formato de seguimiento a los eventos asignados e informe ejecutivo mensual de seguimiento a los eventos. **10.** Apoyar en los requerimientos de información solicitada por los organismos de control y del Ministerio de Salud y Protección Social a la Secretaria de Desarrollo de la Salud, al igual que los requerimientos de la Secretaria de Salud al PAI Departamental. En tal caso la evidencia de esta actividad deberá presentar la solicitud y respuesta de la información requerida, según corresponda. **11.** Apoyar en la coordinación, gestión y supervisión de la ejecución del Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19 del departamento de Córdobay de las EAPB que operan en el departamento, en el marco de la competencia del ente territorial. Para evidenciar lo anterior deberá presentar: Actas de reunión, listados de asistencia, registro fotográfico e informes ejecutivos mensual. **12.** Presentar un informe ejecutivo mensual al Coordinador de PAI, sobre la gestión realizada del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) de losmunicipios asignados, de conformidad con los formatos establecidos por la Secretaria de Desarrollode la Salud para este efecto; en el informe deberá hacer un análisis mensual de los indicadores (acceso/deserción), coberturas de vacunación, seguimientos a los compromisos de las asistencia técnica y proponer las acciones de mejoramiento de coberturas de vacunación. Soporte Informe ejecutivo mensual. **13**. Las demás funciones que asigne supervisor del contrato de acuerdo con el nivel, la naturaleza y el área de desempeño del cargo.

Cordialmente,

LUIS FERNANDO PUPO PADRON
Secretario de Desarrollo de

Elaboró: YENY.SUAREZ

11000

Montería, 12/01/2023

EL SUSCRITO SECRETARIO DE DESARROLLO DE LA SALUD DEL DEPARTAMENTO DE CORDOBA

HACE CONSTAR QUE

Revisados los archivos de contratación en esta entidad, se constató que el señor: **ALBERT DAVID GALVAN BENITEZ,** identificado con cedula de ciudadanía número 1.067.881.222 de Montería, suscribió con esta entidad las órdenes y /o contratos de prestación de servicios que a continuación se relaciona:

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS: SS-569-2022
FECHA DE INICIO: 04/10/2022
FECHA DE TERMINACION: 23/12/2022
PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO: DOS (02) MESES Y VEINTE (20) DIAS
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $12.178.554

OBJETO: LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UN ENFERMERO (A) PROFESIONAL PARA BRINDAR APOYO AL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION DE LA SECRETARIA DE DESARROLLO DE SALUD, EN LO RELACIONADO CON EL SEGUIMIENTO A LAS EAPB QUE OPERAN EN EL DEPARTAMENTO Y A LAS ESTRATEGIAS PAI QUE SE DESARROLLEN EN ARTICULACION CON ALIADOS ESTRATEGICOS DEL PROGRAMA PAI, PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS COBERTURAS DE VACUNACION DE ACUERDO CON LINEAMIENTOS NACIONALES VIGENTES DEL PAI Y APOYAR EN LA GESTION Y ADMINISTRACION DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI) EN EL PLAN NACIONAL VACUNACION (PNV) CONTRA COVID-19 EN LOS MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DE CORDOBA.

Las obligaciones desarrolladas por la contratista se enlistan a continuación:

1. Presentar los primeros 5 días de cada mes el cronograma de trabajo mensual a realizar durante la vigencia del contrato. **2**. Realizar una (1) visita de actualización de la línea de base a los Municipios del Departamento de Córdoba, asignados por el Coordinador PAI Departamental, con el fin de identificar y priorizar las acciones a fortalecer en el marco de la gestión del PAI. Dichas visitas deben realizarse en las primeras 4 semanas a partir del inicio del contrato. Soportes generados para esta actividad son; Formato de línea de base diligenciada a cada Municipio visitado, oficio de convocatoria y/o concertación de visita, Actas de visita, Listado de asistencia, formatos de plan de mejora, registro fotográfico, entre otros soportes, según corresponda. **3.** Realizar dos (2) visitas integrales de asistencia técnica, seguimiento a planes de mejora instaurados en visita inicial, análisis de indicadores, fortalecimiento de capacidades y supervisión del Programa Ampliado de Inmunización por componentes, con base a los lineamientos Técnicos y administrativos del PAI, establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, a los Municipios del Departamento de Córdoba, asignados por el Coordinador PAI Departamental. Soportes requeridos de esta actividad: Cronograma de visitas, Actasde reunión, Listados de asistencia, Registro fotográfico, Formatos de seguimiento a Plande Mejora. **4**. Realizar dos (2) mesas de trabajo a los municipios asignados que presenten de alto riesgo y coberturas críticas de vacunación, para fortalecer la gestión yoperación del programa, articulado la Dirección Local de Salud Municipal, el Coordinador PAI Municipal, las EAPB presentes en el territorio y aliados estratégicos del programa en el Municipio (ICBF, DPS, Secretaría de Educación Municipal, ONG, entre otros), de esta manera evaluar los resultados y definir acciones conjuntas. Soportes requeridos deesta actividad: Cronograma de visitas, Acta de reunión, Listados de asistencia, Registro fotográfico, Formatos de Plan de Acción. **5**. Enviar de forma mensual a la Coordinación PAI Departamental y a la Coordinación de IVC, notificación de los Municipios que incumplan con los

compromisos, requerimientos, planes de mejora, o responsabilidades establecidas en las asistencias técnicas, en el marco de los lineamientos nacionales para la Gestión y Administración del Programa Ampliado de Inmunización y hacer seguimiento de las respuestas y/o procesos derivados de dichos requerimientos. **6.** Brindar apoyo técnico y administrativo a las Secretarias de salud de los Municipios asignados durante las jomadas nacionales y/o Departamentales de vacunación emitidas

en la vigencia 2022, teniendo en cuenta los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social yo directrices Departamentales según corresponda. Para evidenciar esta actividad el contratista realizará informe ejecutivo con los resultados y acciones desarrolladas en cada jomada programada y registro fotográfico. **7.** Participar en espacios de crecimiento académico y escenarios de análisis, como comités de vigilancia epidemiológica, unidades de análisis y salas situacionales de los eventos de enfermedades inmunoprevenibles -PAI- notificados en los Municipios asignados y programados por el referente de vigilancia de las enfermedades inmunoprevenibles de la Secretaria de Desarrollo de la Salud. Para evidenciar el cumplimiento de esta obligación deberá aportar actas de reunión, listados de asistencias y registro fotográfico.

8. Hacer seguimiento específico a eventos asignados por la Coordinación PAI, por directriz del MSPS, con el fin de proponer, implementar y evaluar estrategias para el mejoramiento de estos, con conjunto con el equipo PAI Departamental mensualmente. Soporte de esta actividad: Formato de seguimiento a los eventos asignados, e informe ejecutivo mensual de seguimiento a los eventos. **9.** Apoyar en la coordinación, gestión, supervisión de la ejecución y cierre del Plan Nacional de Vacunación contra el COVID19 del Departamento de Córdoba y de los municipios asignados, en el marco de la competencia del Ente Territorial. Para evidenciar el cumplimiento de esta obligación deberá aportar actas de reunión, listados de asistencias, registro fotográfico e informes ejecutivos mensual. **10.** Apoyar al PAI Departamental en la respuesta de los requerimientos de la alta dirección, y los formulados por los entes de control, Ministerio de Salud y Protección Social y la Secretaría de Desarrollo de la Salud, de acuerdo con su competencia. En tal caso la evidencia de esta actividad deberá presentar la solicitud y respuesta de la información requerida, según corresponda. **11.** Presentar un informe ejecutivo mensual al Coordinador PAI, sobre la gestión realizada del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) de los municipios asignados, de conformidad con los formatos establecidos por la Secretaria de Desarrollo de la Salud para este efecto; en el informe deberá hacer un análisis mensual de los indicadores (acceso/deserción), coberturas de vacunación, seguimiento a los compromisos de las asistencias técnicas y proponer las acciones de mejoramiento de coberturas de vacunación. Soporte: informe ejecutivo mensual. **12.** Desarrollar las demás funciones que asigne el supervisor del contrato de acuerdo con el nivel, la naturaleza y el área de desempeño del cargo.

Cordialmente,

LUIS FERNANDO PUPO PADRON
Secretario de Desarrollo de Salud

Elaboró: YENY. SUAREZ

11000

Montería, 12/01/2023

EL SUSCRITO SECRETARIO DE DESARROLLO DE LA SALUD DEL DEPARTAMENTO DE CORDOBA

HACE CONSTAR QUE

Revisados los archivos de contratación en esta entidad, se constató que el señor: **ALBERT DAVID GALVAN BENITEZ,** identificado con cedula de ciudadanía número 1.067.881.222 de Montería, suscribió con esta entidad las órdenes y /o contratos de prestación de servicios que a continuación se relaciona:

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS: SS-019-2021
FECHA DE INICIO: 22/02/2021
FECHA DE TERMINACION: 21/11/2021
PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO: NUEVE (09) MESES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $39.905.460

OBJETO: LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UN ENFERMERO (A) PROFESIONAL PARA BRINDAR APOYO AL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION DE LA SECRETARIA DE DESARROLLO DE SALUD, EN LO RELACIONADO CON EL SEGUIMIENTO A LAS EAPB QUE OPERAN EN EL DEPARTAMENTO Y A LAS ESTRATEGIAS PAI QUE SE DESARROLLEN EN ARTICULACION CON ALIADOS ESTRATEGICOS DEL PROGRAMA PAI, PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS COBERTURAS DE VACUNACION DE ACUERDO CON LINEAMIENTOS NACIONALES VIGENTES DEL PAI Y APOYAR EN LA GESTION Y ADMINISTRACION DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI) EN EL PLAN NACIONAL VACUNACION (PNV) CONTRA COVID-19 EN LOS MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DE CORDOBA.

Las obligaciones desarrolladas por la contratista se enlistan a continuación:

1.-Presentar los primeros 5 días de cada mes el cronograma de trabajo mensual y notificar por escrito los cambios que se presenten durante la vigencia del contrato. **2.** Realizar una (1) visita de actualización de la línea de base a cada una de las EAPB visitada, oficio de convocatoria y/o concertación de visita, acta de visita, listado de asistencia, formatos de plan de mejora y registro fotográfico. **3.** Realizar una (1) mesa de trabajo cada dos meses de asistencia técnica durante el tiempo de ejecución y del contrato con las EAPB que operan en el departamento de Córdoba, para el seguimiento a planes de mejora instaurados en visita inicial, que permita la articulación intersectorial, el análisis de Indicadores, el fortalecimiento de capacidades y la supervisión del Programa Ampliado de Inmunización por componentes, con la presencia mínima de los siguientes actores: Gerente de la EAPB y el referente de PAI de la EAPB. Soportes requeridos de esta actividad: Cronograma de visitas, Actas de Reunión, Listado de Asistencia, Registro Fotográfico y Formatos de Seguimiento a Plan de mejora. **4.** Realizar análisis mensual de coberturas de vacunación de población afiliada, seguimiento a las acciones de inducción a la demanda y planes de acción instaurados, seguimiento a la contratación del servicio de vacunación (intra y extramural) y revisión del seguimiento a Cohortes de las EAPB que operan en el departamento de Córdoba, a la luz de los lineamientos nacionales vigentes, como insumo para realizar la asistencia técnica y proponer las acciones de mejoramiento de coberturas de vacunación en el departamento. Soporte: Informe ejecutivo mensual. **5.** Fortalecer la coordinación y gestión del programa en articulación con aliados estratégicos, tales como, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), Departamento para la Prosperidad Social (DPS), Comités de Política Social, sociedades científicas y académicas, Secretarías de salud y educación, Procuraduría, Comisarías de familias, Personeros municipales, programas especiales de atención a la población objeto del programa (ancianatos, fundaciones de adulto mayor), iglesias, Organizaciones no Gubernamentales (ONGS), líderes comunitarios, entre otros, para

el mejoramiento de las coberturas de vacunación en el Departamento. Según asignación de coordinación PAI departamental. Soportes requeridos de esta actividad: Actas de Reunión, Listado de Asistencia y Registro Fotográfico. **6.** Realizar una (1) visita de asistencia técnica inicial y una (1) visita de seguimiento y fortalecimiento de capacidades y verificación de compromisos a cada una de las instituciones privadas que ofrecen vacunas NO PAI en el Departamento de Córdoba, en articulación con el administrador(a) en salud del

programa Soportes generados para esta actividad son Formato de línea de base diligenciada a cada IPS visitada, oficio de convocatoria y/o concertación de visita, Actas de visita, listadosde asistencia, formatos de plan de mejora, registro fotográfico**. 7.** Enviar de forma mensual a la coordinación PAI departamental y a la coordinación de IVC notificación de las EAPB y IPS NO PAI que incumplan con los compromisos, requerimientos, planes de mejora, o responsabilidades establecidas en las asistencias técnicas o mesas de trabajo, en el marco de los lineamientos nacionales para la Gestión y Administración del Programa Ampliado de Inmunización y hacer seguimiento de las respuestas yo procesos derivados de dichos requerimientos. **8.** Participar en espacios de crecimiento académico y escenarios de análisis, como comités de vigilancia epidemiológica, unidades de análisis y salas situacionales de los eventos de enfermedades Inmunoprevenibles -PAI- notificados en los municipios asignados y programados por el referente de vigilancia de las enfermedades inmunoprevenibles de la Secretaria de Desarrollo de la Salud. Para evidenciar el cumplimiento de esta obligación deberá aportar actas de reunión, listado de asistencias y registro fotográfico. **9.** Hacer seguimiento específico a eventos asignados por la Coordinación PAI, por directriz del MSPS, con el fin de proponer, implementar y evaluar estrategias para el mejoramiento de estos, en conjunto con el Equipo PAI Departamental mensualmente. Soporte de esta actividad: Formato de seguimiento a los eventos asignados e informe ejecutivo mensual de seguimiento a los eventos. **10.** Apoyar en los requerimientos de información solicitada por los organismos de control y del Ministerio de Salud y Protección Social a la Secretaria de Desarrollo de la Salud al igual que los requerimientos de la Secretaria de Salud al PAI Departamental. En tal caso la evidencia de esta actividad deberá presentar la solicitud y respuesta de la información requerida, según corresponda. **11.** Apoyar en la coordinación, gestión y supervisión de la ejecución del Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19 del departamento de Córdoba y de las EAPB que operan en el departamento, en el marco de la competencia del ente territorial. Para evidenciar lo anterior deberá presentar: Actas de reunión, listados de asistencia, registro fotográfico e informes ejecutivos mensual. **12.** Presentar un informe ejecutivo mensual al Coordinador de PAI, sobre la gestión realizada del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) de los municipios asignados, de conformidad con los formatos establecidos por la Secretaria de Desarrollo de la Salud para este efecto en el informe deberá hacer un análisis mensual de los indicadores (acceso deserción), coberturas de vacunación, seguimientos a los compromisos de las asistencia técnica y proponer las acciones de mejoramiento de coberturas de vacunación Soporte: Informe ejecutivo mensual. **13.** Las demás funciones que asigne el supervisor del contrato de acuerdo con el nivel, la naturaleza y el área de desempeño del cargo.

Cordialmente,

LUIS FERNANDO PUPO PADRON
Secretario de Desarrollo de
Elaboró: YENY.SUAREZ

Gobernación de Córdoba
Ahora le toca al pueblo

11000

Montería, 12/01/2023

EL SUSCRITO SECRETARIO DE DESARROLLO DE LA SALUD DEL DEPARTAMENTO DE CORDOBA

HACE CONSTAR QUE

Revisados los archivos de contratación en esta entidad, se constató que el señor: **ALBERT DAVID GALVAN BENITEZ,** identificado con cedula de ciudadanía número 1.067.881.222 de Montería, suscribió con esta entidad las órdenes y /o contratos de prestación de servicios que a continuación se relaciona:

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS: SS-137-2020
FECHA DE INICIO: 28/08/2020
FECHA DE TERMINACION: 27/12/2020
PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO: CUATRO (04) MESES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $17.388.000

OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA FORTALECER LA COMPETENCIA DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LA SECRETARÍA DE DESARROLLO DE LA SALUD, EN LO REFERENTE A ENFERMEDADES HUÉRFANAS RARAS, INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD: RESISTENCIA BACTERIANA (RAM), CONSUMO DE ANTIMICROBIANOS (CAB), INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD (IIAAS) E INFECCIONES ASOCIADAS A PROCEDIMIENTOS EN EL DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA EN EL AÑO 2020.

Las obligaciones desarrolladas por la contratista se enlistan a continuación:

1. Presentar los primeros 5 días de cada mes el cronograma de trabajo mensual y notificar por escrito los cambios que se presenten durante la vigencia del contrato. **2.** Realizar y enviar el informe y análisis Vigilancia de Huérfanas Raras, Infecciones asociadas a la atención en salud: Resistencia Bacteriana (RAM), Consumo de antimicrobianos (CAB), infecciones asociadas a la atención en salud (IIAAS) e infecciones asociadas a procedimientos con fecha de corte hasta la semana epidemiológica 52 de 2019. Se realizará bajo los parámetros descritos del INS. Fecha de envío, previa revisión de acuerdo a lo definido en los lineamientos de vigilancia en salud publica 2020, previa revisión del mismo. **3.** Realizar como mínimo 2 asistencias técnicas por municipio: Una inicial para para brindar asistencia técnica que incluya un análisis de la situación del evento, dificultades en el proceso de vigilancia en salud pública (debilidades, fortalezas, talento humano, etc.,) realizado por las Direcciones Locales de Salud, EAPB e IPS públicas y privadas que operan en los 30 municipios, para verificar que estos desarrollen adecuadamente la acciones propias de Vigilancia de las Huérfanas Raras, Infecciones asociadas a la atención en salud: Resistencia Bacteriana (RAM), Consumo de antimicrobianos (CAB), infecciones asociadas a la atención en salud (IIAAS) e infecciones asociadas a procedimientos, como notificación, recopilación, análisis y documentación de investigaciones de campo. Una segunda visita para realizar la evaluación de los procesos de vigilancia epidemiológica relacionados con el evento. Durante el aislamiento se realizarán de manera virtual y una vez superado esto podrán realizarse las visitas a los municipios. **4.** Realizar por cada caso los requerimientos y seguimientos a través de oficios, correos electrónicos, circulares, entre otros, necesarios para obtener la información que solicite el Ministerio de Salud y Protección Social, el Instituto Nacional de Salud e instituciones nacionales de control para la vigilancia de Huérfanas Raras, Infecciones asociadas a la atención en salud: Resistencia Bacteriana (RAM), Consumo de antimicrobianos (CAB), infecciones asociadas a la atención en salud (IIAAS) e infecciones asociadas a procedimientos. **5.** Asesorar y realizar con los responsables de la notificación los ajustes de casos de Enfermedades Huérfanas Raras, Infecciones Asociadas a la Atención En Salud: Resistencia

Bacteriana (RAM), Consumo De Antimicrobianos (CAB), Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IIAAS) Resistencia Bacteriana (RAM), Consumo De Antimicrobianos (CAB) e Infecciones asociadas a Procedimientos de acuerdo a la revisión de la base de datos del SIVIGILA, plataforma RUAF, libros o registros de los procedimientos quirúrgicos de salas de cirugía. Presentar el respectivo informe de lo actuado mensualmente. Los ajustes deben verse reflejado máximo a los 15 días posteriores a la notificación. **6.** Notificar semanalmente a las EAPB la información de la vigilancia de, Huérfanas Raras, Infecciones asociadas a la atención en salud: Resistencia Bacteriana (RAM), Consumo de antimicrobianos (CAB), infecciones asociadas a la atención en salud (IIAAS) e infecciones asociadas a procedimientos. Solicitar un informe de lo actuado de acuerdo a sus competencias. Realizar seguimiento a la solicitud e informe enviado y notificar a la Dirección de IVC sobre el incumplimiento. **7.** Realizar la búsqueda activa en los registros individuales de prestación deservicios de Salud (RIPS), libros o registros de los procedimientos quirúrgicos de salas de cirugía de casos de Huérfanas Raras, Infecciones asociadas a la atención en salud: Resistencia Bacteriana (RAM), Consumo de antimicrobianos (CAB), infecciones asociadas a la atención en salud (IIAAS) e infecciones asociadas a procedimientos. Formular de acuerdo a los hallazgos un plan de mejoramiento con verificación del cumplimiento inmediato y notificar a la Dirección de IVC. **8.** Realizar un análisis mensual a través de un informe sobre el comportamiento epidemiológico de Huérfanas Raras, Infecciones asociadas a la atención en salud: Resistencia Bacteriana (RAM), Consumo de antimicrobianos (CAB), infecciones asociadas a la atención en salud (IIAAS) e infecciones asociadas a procedimientos con las variables de persona, tiempo y lugar y variables de interés del evento establecido para este tipo de análisis en las fichas de notificación e indicadores definidos en el protocolo de vigilancia epidemiológica. **9.** Asistir de manera obligatoria los días lunes a las reuniones de revisión de la información de los eventos de interés en salud pública, de acuerdo al cronograma de actividades definido para tal fin y entregar al supervisor semanalmente la rutina de los eventos asignados. **10.** Organizar y realizar por lo menos un COVE Departamental de Enfermedades Huérfanas Raras, Infecciones Asociadas a la Atención En Salud: Huérfanas Raras, Infecciones asociadas a la atención en salud: Resistencia Bacteriana (RAM), Consumo de antimicrobianos (CAB), infecciones asociadas a la atención en salud (IIAAS) e infecciones asociadas a procedimientos debidamente notificados y presentar el acta de acuerdo a lo definido en el protocolo. Anexar en el informe el acta de la reunión. Durante el aislamiento preventivo se debe realizar de manera virtual. **11.** Enviar mensualmente a la coordinación de IVC de la Secretaria de Desarrollo de la Salud los requerimientos realizados a las DLS, EPS e IPS sobre el incumplimiento de los procesos de vigilancia epidemiológica. **12.** Solicitar de manera escrita a la coordinación de IVC de la Secretaria de Desarrollo de la Salud informes de lo actuado con relación a los requerimientos realizados. **13.** Presentar un informe mensual y un informe final de gestión de las acciones realizadas tomando como referencia los modelos del INS.

Cordialmente,

LUIS FERNANDO PUPO PADRON
Secretario de Desarrollo de

Elaboró: YENY.SUAREZ

LA DIRECCIÓN NACIONAL DE TALENTO HUMANO
DE EXPERT MEDICA I.P.S S.A.S CON NIT 900.952.820 - 2

CERTIFICA QUE:

El Señor ALBERT DAVID GALVAN BENITEZ identificado con cédula de ciudadanía N° 1.067.881.222, labora en la compañía como Gestor de Calidad, desde el 2 de julio del 2015 a la fecha, con un contrato individual de trabajo por Obra o Labor.

Actualmente devenga un salario mensual de DOS MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y NUEVE PESOS M.C. ($2.873.949).

Adicionalmente, cuenta con un monto no constitutivo de salario, art 128 del código sustantivo del trabajo por valor de CIENTO CINCUENTA MIL PESOS M.C. ($150.000).

La presente certificación se expide en la ciudad de Medellín, a solicitud de la persona interesada a los 10 días del mes de febrero de 2023.

Cordialmente,



CLAUDIA CRISTINA URIBE GUALDRON
Director (a) Nacional de Talento Humano

Hace constar:

Que el señor **Albert David Galván Benítez**, identificado con Cedula de ciudadanía N° **1.067.881.222** De Montería, Córdoba, ha laborado en la empresa de educación de formación técnica **ACADEMIA FREDERICK FLORET SAS**, realizando las siguientes actividades en materia de docencia y evaluación por competencias:

Actividades administrativas:

1. Planificar, preparar y dictar clases en las asignaturas asignadas, utilizando metodologías pedagógicas innovadoras y recursos didácticos adecuados.

2. Evaluar el rendimiento estudiantil mediante la elaboración y aplicación de instrumentos de evaluación pertinentes.

3. Brindar orientación académica y apoyo a los estudiantes en sus procesos de aprendizaje, proyectos de grado y actividades extracurriculares, promoviendo el desarrollo integral y profesional.

4. Participar en reuniones académicas, comités y jornadas de capacitación docente.

5. Elaborar y entregar informes académicos, actas de evaluación y demás documentos requeridos por la institución.

Actividades específicas:

Las competencias a desarrollar en las áreas del programa en: I II- III CICLO, son:

- Anatomía, fisiología y farmacología (programas técnicos por competencias de enfermería, farmacia, y salud pública)

Calle 27 Nº 10-21 Montería Colombia
Tel: 7815319-3114198844-3205206613-3157342586
E- mail: academiafrederickfloretoficial@gmail.com

Powered by CamScanner

- Administrar, alistar, aplicar y Vigilar medicamentos, así como las acciones farmacéuticas (farmacocinética y farmacodinamia) según técnicas que establezcan los principios legales vigentes y los programas de farmacovigilancia y tecno vigilancia
- Asistir a personas según condiciones del usuario asignación o delegación del profesional guías protocolos vigentes.
- Participar en el cuidado de las personas para el mantenimiento y recuperación de las funciones de los diferentes sistemas por grupos etarios (MEDICO- QUIRURGICA, CLINICA BASICA,)
- Brindar atención integral al individuo y la familia en relación al ciclo vital de acuerdo con contexto social, político, cultural y ético (MATERNO INFANTIL)
- Desarrollo formativo de las rutas según la resolución 3280/2018 así como a la implementación del sistema de atención primario en salud según ciclo de la vida (primera infancia, infancia, adolescencia, adultez, vejez)
- Normas enfocadas en la prevención y manejo de enfermedades y eventos de interés en salud pública.
- Manejo del proceso médico- legales de RESOLUCION NUMERO 1995 DE 1999 (Julio 8), Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica en Colombia.

Dichas actividades han sido desarrolladas desde el **10 de febrero del año 2014 hasta, el 14 de diciembre del año 2019** con una carga horaria semanal en promedio de **24 horas cátedras y mensual de 96 horas,** las cuales son remuneradas con relación a dicha carga ejecutada, a través de la modalidad contractual de prestación de servicios, el cual es renovado cada semestre o ciclo académico. El docente en cuestión, se da fe a través de la presente certificación, que ha cumplido sus actividades laborales con responsabilidad, ética profesional, idoneidad, eficiencia y eficacia

Powered by CamScanner

CORPORACION TECNICA
ACADEMIA FREDERICK FLORET
Licencia de funcionamiento N° 0001514 Secretaria de Educación Departamental – Córdoba
Aprobado en Resolución N° 0005315 del 25 de octubre de 2001 Registro de los programas de N° 2427 de Octubre de 2019, Resolución N° 0990 del 27 de julio de 2022 secretaria de educación Montería – Córdoba, en Acuerdas N° 0230 del 18 de Junio de 2018 radicado 200478261 del 17- marzo de 2022 de la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud Ministerio de Salud y Protección Social-Ministerio de Educación Nacional.

Esta constancia se expide a solicitud del interesado y se firma en Montería, a **los 28 días del mes de febrero de 2025.**

DORIS ALVAREZ COLON
DIRECTORA Y REPRESENTANTE LEGAL
C.C 26.022.777 De Planeta Rica- Córdoba

NOTA: ANOTADO EN EL LIBRO N° 1 FOLIO N°16-LINEA 135

Powered by CamScanner

KONEKTA
TEMPORAL LTDA
NIT: 900149775-5

A QUIEN INTERESE

EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL DE KONEKTA TEMPORAL LTDA CON NIT 900149775-5, ALFONSO JOSE AGUIRRE DE ARCOS, IDENTIFICADO CON LA CC Nº 1.067.845.929 DE MONTERIA.

CERTIFICA QUE

Que el Enfermero profesional, **GALVAN BENITEZ ALBERT DAVID,** con cedula de ciudadanía No 1.067.881.222. Laboro en esta empresa prestando sus servicios en la **E.S.E CAMU EL AMPARO**, con un contrato de obra o labor en misión, que a continuación se relaciona:

Desde el 01 de Agosto de 2012 Hasta el 31 de Diciembre de 2012.
Desde el 01 de Enero de 2013 hasta el 31 de Enero de 2013.
Desde el 01 de Febrero de 2013 hasta el 31 de Diciembre de 2013.
Desde el 07 de Enero de 2014, hasta el 31 de Diciembre de 2014.

Con un salario Mensual de ($ 2.084.775) Dos millones ochenta y cuatro mil setecientos setenta y cinco pesos m/cte.

Se expide esta constancia a solicitud del interesado.
Para constancia se firma en la ciudad de Montería a los 23 dias de mes de Enero de 2015.

ALFONSO AGUIRRE DE ARCOS
Representante Legal.

Elaboró: Yonia Torres
Verifico: Jorge Avila Ortega

SANDRA VEGA GONZALEZ
Jefe de Gestión Humana (E) Vo.Bo

LA EMPRESA DE SERVICIOS TEMPORALES Y SUMINISTRO DE PERSONAL EN MISION INTEGRIDAD S.A.S

HACE CONSTAR QUE

El (la) señor(a) **ALBERT DAVID GALVAN BENITEZ** Identificado(a) con cédula **No 1.067.881.222** tuvo un contrato con nuestra empresa Integridad a término fijo desde el **01 de Enero de 2012** hasta el **30 de Junio de 2012** desempeñando el cargo de **ENFERMERO** en la **E.S.E HOSPITAL SAGRADO CORAZON.**

Se expide a solicitud del trabajador y para constancia se firma en Medellín **a los** 14 días del mes de Octubre de 2014.

Cordialmente

DEISSY JOANNA GOMEZ ROJAS

Directora De Talento Humano

NOTA: Para la confirmación de referencias laborales, se le atenderá con gusto en el teléfono 2504633 Ext. 101, 104 Y 106, de lunes a Viernes de 8 a 12 .30 pm y de 1.30 a 6.00 pm.

Carrera 80 C N° 33-11; PBX 250 46 33
e-mail: directorath@grupoempresarialintegra.com
www.integridadsas.com
Medellín - Colombia - Suramerica

Integra
Nit: 811.030.306-9

LA COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO

INTEGRA

EN LIQUIDACION

HACE CONSTAR QUE

El Señor **ALBERT DAVID GALVAN BENITEZ** identificado con cédula de ciudadanía **No 1.067.881.222** tuvo un convenio de asociación con nuestra Cooperativa a término indefinido desde el **08 de Julio de 2011** hasta el **31 de Diciembre de 2011**, desempeñando el cargo de **ENFERMERO JEFE** en la **ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON.**

Se expide a solicitud del Trabajador Asociado y para constancia se firma en Medellín a los 14 días del mes de Octubre de 2014.

Cordialmente,

ANGELA GOMEZ GOMEZ
LIQUIDADORA

Certificación Bancaria

Jueves, 14 de agosto de 2025

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que ALBERT DAVID GALVAN BENITEZ identificado(a) con CC 1067881222, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros / A la mano	67773490497	2024-10-16	ACTIVO	*****

***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 a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A
NIT 900.226.715 - 3

CERTIFICA:

El suscrito afliado relacionado a continuación se encuentra o ha estado registrado en la EPS, con los siguientes datos:

Tipo y No. de documento:	CC 1067881222
Nombres:	ALBERT DAVID GALVAN BENITEZ
Tipo de afiliado:	Cotizante
Fecha de afiliación:	2019-10-01
Estado de afiliación:	Activo
Régimen:	Contributivo
Nivel de contribución:	A
Departamento - Municipio:	CORDOBA MONTERIA

Tipo de Servicio	IPS
IPS Atención	ACCION SALUD PARA TODOS SAS

OBSERVACIONES:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS NO VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

La anterior certifcación se expide y firma el 2025-08-14 a solicitud del interesado y es válida hasta el 2025-09-13

CARLOS TORRES SALAZAR
DIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

VIGILADO Supersalud

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) ALBERT DAVID GALVAN BENITEZ identificado(a) con C.C No. 1.067.881.222, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 14 de agosto del 2025.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.



Juan Perea Ruiz
Gerente Cuentas y Recaudo

Bogotá, 14 de 08 de 2025

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

ASUNTO: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo ALBERT DAVID GALVAN BENITEZ identificado con cedula de ciudadanía N°: 1067881222, 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: _____

NOMBRE: ALBERT DAVID GALVAN BENITEZ

N° De CC: 1067881222

Powered by CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141198076386

(415)7707212489984(8020) 000014119807638 6

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 6 7 8 8 1 2 2 2	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Córdoba 2 3	Montería 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GALVAN	BENITEZ	ALBERT	DAVID

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Córdoba 2 3	Montería 0 0 1

41. Dirección principal
CR 22 A 24 33 BRR VILLA JARDIN

42. Correo electrónico albert198905@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 3 5 2 3 3 3 5 1	3 1 2 2 1 8 0 2 2 8

CLASIFICACIÓN

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
22- Obligado a cumplir deberes formales a
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 ☐ 60. No. de Folios:

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

985. Cargo

BORRADOR DOCUMENTO SIN COSTO

Ciudad: MONTERIA

Fecha: 14/08/2025

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 ALBERT GALVAN BENITEZ identificado con cédula de ciudadanía No. 1067881222 expedida en MONTERIA 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,

C.C. 1067881222 de MONTERIA

Powered by CamScanner

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 08:59:34 PM horas del 08/08/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1067881222**
Apellidos y Nombres: **GALVAN BENITEZ ALBERT DAVID**

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.

DIJIN

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

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

GOV.CO

Todos los derechos reservados.

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 viernes 08 de agosto de 2025, a las 21:04:05, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1067881222
Código de Verificación	1067881222250808210405

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. 278077459

PIB
21:01:05

Bogotá DC, 08 de agosto 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) ALBERT DAVID GALVAN BENITEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1067881222:

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

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

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 21:03:08 horas del 08/08/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1067881222,** Apellidos y Nombres **GALVAN BENITEZ ALBERT DAVID**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **COORPORACION DE 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, 08/08/2025 09:05:29 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1067881222** y Nombre: **ALBERT DAVID GALVAN BENITEZ.**

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. **121242355** . 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

Corporación Infancia y Desarrollo

FORMATO DEDUCIBLE POR DEPENDIENTES
(BENEFICIOS TRIBUTARIOS)

CERTIFICACIÓN:

Yo, Albert David Galvan Benitez, identificado (a) con C.C. (X) C.E. ( ) NIT ( ) No. 1.067.881.222, con domicilio principal en la ciudad de Montería, dirección cra 8 # 21-54 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
Ranna Vitola Causil	1.067.123849	20/05/1993	Esposa
Valeria Galvan Muñet	1.067.897.673	24/11/2008	Hija
Gianlucca Galvan Vitola	1.138.032.274	26/11/2017	Hijo
Genesis Galvan Vitola	1.067.985.281	13/02/2025	Hija

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 14 días del mes Agosto 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

Nombres y Apellidos Albert David Galvan Benitez
Tipo de Documento C.C.
N° de documento 1067.881.222.

Powered by CamScanner

Corporación Infancia y Desarrollo	FORMATO AUTODECLARACION PEAS	FO-ASIGI-96-00 FUMD: 15/08/2024

AUTODECLARACIÓN EN CONDUCTAS DE EXPLOTACIÓN Y ABUSO SEXUAL

Yo Albert David Galvan Benitez identificado con número de cédula 1.067.881.222 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 Montería, el día 14 ( ) de agosto de 2025

Firma: _____

Nombre: Albert D. Galvan B.

Cedula: 1.067.881.222.

Powered by CamScanner

Corporación Infancia y Desarrollo NIT 830052544-7	FORMULARIO DE AUTODECLARACIÓN PEAS	CÓDIGO: FO-GH-02-04-00 FUMD: 26/05/2025

FORMULARIO DE AUTODECLARACIÓN
PEAS

Recuerde que no es suficiente con preguntar sobre los antecedentes delictivos del candidato, ya que en la mayoría de los incidentes de EAS no se llegan a presentar cargos penales.

NOMBRE Y APELLIDOS: Albert Galvan Benitez	**NACIONALIDAD:** Colombiana
NÚMERO DE PASAPORTE O DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.067.881.222.	**LUGAR DE RESIDENCIA:** Montería
FECHA DE NACIMIENTO: 05/10/1989	**NÚMERO DE TELÉFONO:** 3135233351
LUGAR DE NACIMIENTO: Montería- Córdoba	**DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:** Albertiaaos@Gmail.com

¿Alguna vez ha sido objeto de investigación policial o de un proceso judicial, que no aparezca en sus antecedentes penales, en este país o en otro, a consecuencia de una acusación de abuso sexual o conducta sexual indebida contra menores o adultos? ❑ **SÍ** ☒ **NO** En caso afirmativo, proporcione más información a continuación.

¿Alguna vez se le han aplicado sanciones (disciplinarias, administrativas o penales) derivadas de una investigación en relación con un caso de explotación y abusos sexuales o de conducta sexual indebida, o ha dejado un empleo cuando había una investigación pendiente y se ha negado a cooperar con dicha investigación? ❑ **SÍ** ☒ **NO** En caso afirmativo, proporcione más información a continuación.

¿Alguna vez ha sido señalado por un departamento gubernamental o por una autoridad judicial u otra autoridad competente, en este país o en otro, como una amenaza o una posible amenaza para los niños o los adultos vulnerables? ❑ **SÍ** ☒ **NO** En caso afirmativo, proporcione más información a continuación.

Powered by CamScanner

¿Alguna vez ha sido objeto de un procedimiento disciplinario o lo está siendo ahora? ❑ SÍ ☒ NO En caso afirmativo, proporcione más información a continuación.
¿Ha dejado algún trabajo cuando había una investigación pendiente y se ha negado a cooperar en dicha investigación? ❑ SÍ ☒ NO En caso afirmativo, proporcione más información a continuación.

CONFIRMACIÓN DE LA DECLARACIÓN (MARQUE LAS CASILLAS SIGUIENTES)	
X	Acepto que la información aquí facilitada se tratará, de manera confidencial, en el marco del proceso de reclutamiento. entiendo que existe la posibilidad de que una oferta de trabajo se retire o se anule si no comparto la información oportuna y la organización tiene conocimiento de esta información posteriormente.
X	Acepto notificar a la organización, en un plazo de 24 horas, la incoación de cualquier investigación sobre mí por parte de un organismo u organización en relación con mi conducta con niños, jóvenes o adultos vulnerables.
X	Por la presente, autorizo a aquellas personas, organizaciones o instituciones educativas o de formación que haya señalado como referencia en mi solicitud a divulgar, de buena fe y confidencialmente, la información que obre en su poder con relación a mis calificaciones o mi idoneidad para el puesto. No exigiré responsabilidades a ningún empleador, persona o institución educativa o de formación por la información que proporcione sobre mí y que sea necesaria e inherente al proceso de empleo.
X	Entiendo que la organización puede proporcionar a otras personas u organizaciones la información incluida en este formulario o la enviada por terceros, si así lo considera necesario para proteger a otros niños o adultos vulnerables.
FIRMA:	
NOMBRE Y APELLIDOS EN MAYÚSCULAS:	ALBERT DAVID GALVAN BENITEZ
FECHA:	14-08-2025.

Powered by CamScanner

Peña Asesores en Salud Ocupacional SAS
Prevención, Capacitación y Asesorías

Dir: Cra 14 No. 16 - 28 Barrio Urbina - Montería - Córdoba
Telefax: (4) 7863300 - (4) 7867591 - (4) 7832777
Cel. 315 7331760 - 315 7135367

E-Mail: pasomonteria@telecom.com.co - paso_ltda@hotmail.com
www.pasoltda.com

CONCEPTO DE APTITUD

Paciente: ALBERT DAVID GALVAN BENITEZ
Identificación: CC 1067881222



Sexo: M Fecha de Nacimiento: 1989-10-05 Edad: 35 A
Dirección CR 22A 24-33 VILLA JARDIN
Teléfono: 3135233351
Empresa: PARTICULAR
Empresa en misión: PARTICULAR
Actividad económica:
Talla (mts): 1.75 Peso (kg): 96.0 IMC: 31,35 Grupo Sanguineo: O +

EVALUACION OCUPACIONAL REALIZADA

Examen medico ocupacional de Ingreso

Orden No.: 00254182 Fecha apertura: 20241016 09:13:18
Fecha cierre: 20241016 10:36:10
Realizado en: Monteria-Cordoba

Cargo u Oficio: PROFESIONAL DE LA SALUD

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la Resolución 2346 de 2007 y la Resolución 1918 de 2009, la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para las fines legales pertinentes.

EXAMENES REALIZADOS

AUDIOMETRIA VIA AEREA,EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO,OPTOMETRIA GENERAL,EVALUACION FONIATRICA

RECOMENDACIONES LABORALES

Inducción.
Asistir a controles medicos programados..

MANEJO POR EPS

Control de peso PP por EPS.
Valoración nutricionista.

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

Dieta baja en carbohidratos.
Dieta baja en grasas.
Ejercicio fisico 30 minutos de intensidad moderada diarios .
Realizar actividades recreativas y deportes.

INCLUIR EN PVE

Ingresar a los programas de vigilancia de acuerdo a los riesgos laborales prioritarios para el cargo definidos en la matriz de riesgos de la empresa.

RECOMENDACION EN AUDIOMETRIA

Control anual.

RECOMENDACION EN OPTOMETRIA

Control anual.

RESTRICCIONES LABORALES

Ninguna.

CONCEPTO DE APTITUD: APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Dr. Orlando Peña Dimare
Médico Especialista en Salud Ocupacional y Medicina del Trabajo
Licencia 0210/17

Firma del medico especialista en Salud Ocupacional
Nombre: ORLANDO MANUEL PEÑA DIMARE
Especialidad: Medico especialista en S.O y medicina del Trabajo
Licencia S.O.: 0210/2017 Registro No.: 2776/1989

Firma del Paciente
Tipo y No. Id: CC 1067881222

La IPS PEÑA ASESORES SALUD OCUPACIONAL SAS, cumple con los protocolos de bioseguridad, ajustándose a la resolución 666 de 2020 para la atención de nuestros usuarios. Las cuales consisten en el uso obligatorio de tapabocas para todos los asistentes a la IPS, aplicar la encuesta epidemiológica de covid-19, desinfección de calzado, toma de temperatura, lavado de mano y pulso (oxímetro) de acuerdo a los lineamientos del ministerio de salud y protección social.

Peña Asesores en Salud Ocupacional SAS
Prevención, Capacitación y Asesorías

Dir: Cra 14 No. 16 - 28 Barrio Urbina - Montería - Córdoba
Telefax: (4) 7863300 - (4) 7867591 - (4) 7832777
Cel. 315 7331760 - 315 7135367

E-Mail: pasomonteria@telecom.com.co - paso_ltda@hotmail.com
www.pasoltda.com

VALORACION FONIATRICA

DATOS GENERAL

Tipo Evaluación realizada: Examen medico ocupacional de Ingreso
Fecha de evaluación: 20241016 09:13:18
Lugar de realización: Monteria-Cordoba
Orden servicio No.: 00254182
Nombre de la Empresa: PARTICULAR

DATOS DEL PACIENTE



Nombre y apellidos: ALBERT DAVID GALVAN BENITEZ
No. Identificación: CC 1067881222
Genero (sexo): M **Edad:** 35 A **Teléfono:** 3135233351
Profesión: MEDICOS

INFORMACION OCUPACIONAL DEL CARGO ACTUAL, RETIRADO O INGRESAR

Fecha de ingreso: 16/10/24 0:00
Jornada de trabajo: Diurna
Tipo jornada:
Horas laboradas: 8
Antiguedad en la empresa (meses):
Antiguedad en el cargo (meses):
Area empresa: Sin información
Sección: Sin información
Cargo u Oficio: PROFESIONAL DE LA SALUD

PRUEBA - FONIATRICA

ORGANO / SISTEMA		
Tipo Respiratorio	**Resultado**	**Hallazgo**
Abdominal	X	
Modo Respiratorio	**Resultado**	**Hallazgo**
Nasal	X	
Permeabilidad Nasal	**Resultado**	**Hallazgo**
Prueba Glatzer (espejo)	AN	
Funcionalidad Nasal	**Resultado**	**Hallazgo**
Prueba Rosenthal (20 respiraciones)	AN	
Tiempo Espiración	**Resultado**	**Hallazgo**
Soplo (15 seg)	22	
Sostenida (15 seg)	29	
Coordinación Fonorespiratoria	**Resultado**	**Hallazgo**
Números (3 dígitos/seg total # 45 en 15 seg	43	
Tono	**Resultado**	**Hallazgo**
Normal	X	
Intensidad (emisión vocales)	**Resultado**	**Hallazgo**
Voz confidencial	X	
Timbre	**Resultado**	**Hallazgo**
Grave	X	
Resonancia	**Resultado**	**Hallazgo**
Laríngea	X	
Segmentos Corporales	**Resultado**	**Hallazgo**
Musculatura facial	Normal	
Musculatura cuello	Normal	
Musculatura suprahioidea	Normal	

ORGANO / SISTEMA		
Musculatura infrahioidea	Normal	
Segmento Corporal (hombro)	**Resultado**	**Hallazgo**
Hombros	Normal	
Segmento Corporal (laringe)	**Resultado**	**Hallazgo**
Laringe	Apropiada	

RESULTADO DE LA PRUEBA

Resultado: Normal

Recomendación: PAUSAS ACTIVAS DE VOZ
CONTROL ANUAL

Observación:

Cindy Bracamonte D
FONOAUDIOLOGA
R.M. 09-01506
C.C.No. 1069473131

Firma
Nombre: CINDY MARCELA BRACAMONTE DURANGO
Especialidad: Fonoaudiologa
Registro No.: 09-01506

Firma paciente
ALBERT DAVID GALVAN BENITEZ

Peña Asesores en Salud Ocupacional SAS
Prevención, Capacitación y Asesorías

Dir: Cra 14 No. 16 - 28 Barrio Urbina - Montería - Córdoba
Telefax: (4) 7863300 - (4) 7867591 - (4) 7832777
Cel. 315 7331760 - 315 7135367

E-Mail: pasomonteria@telecom.com.co - paso_ltda@hotmail.com
www.pasoltda.com

OPTOMETRIA

DATOS GENERAL

Tipo Evaluación realizada: Examen medico ocupacional de Ingreso
Lugar de realización: Monteria-Cordoba
Nombre de la Empresa: PARTICULAR
Fecha de evaluación: 20241016 09:13:18
Orden servicio No.: 00254182

DATOS DEL PACIENTE



Nombre y apellidos: ALBERT DAVID GALVAN BENITEZ
No. Identificación: CC 1067881222
Genero (sexo): M **Edad:** 35 A **Teléfono:** 3135233351
Profesión: MEDICOS

INFORMACION OCUPACIONAL DEL CARGO ACTUAL, RETIRADO O INGRESAR

Fecha de ingreso: 16/10/24 0:00
Jornada de trabajo: Diurna
Tipo jornada:
Horas laboradas: 8
Antiguedad en la empresa (meses):
Antiguedad en el cargo (meses):
Area empresa: Sin información
Sección: Sin información
Cargo u Oficio: PROFESIONAL DE LA SALUD

PRUEBA OPTOMETRIA

ORGANO / SISTEMA

Agudeza Visual	**Derecho**	**Hallazgo**	**Izquierdo**	**Hallazgo**
Visión lejos sin corrección	20/20		20/20	
Visión proxima sin corrección	20/20		20/20	
Complementaria	**Derecho**	**Hallazgo**	**Izquierdo**	**Hallazgo**
Visión de colores	Normal		Normal	
Estado Motor II	**Normalidad**	**Hallazgo**		
VL	Normal			
VP	Normal			
Refracción subjetiva	**Derecho**	**Hallazgo**	**Izquierdo**	**Hallazgo**
Esfera	NEUTRO		NEUTRO	
Oftalmoscopía	**Derecho**	**Hallazgo**	**Izquierdo**	**Hallazgo**
Fondo sano	X		X	
Estereopsis	**Normalidad**	**Hallazgo**		
Estereopsis	Normal			
Estado de correccion	**Derecho**	**Hallazgo**	**Izquierdo**	**Hallazgo**
Normal	X		X	
Recomendaciones	**Normalidad**	**Hallazgo**		
Uso de protección solar	X			
Uso de antireflejos	X			

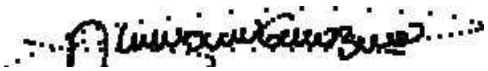
RESULTADO DE LA PRUEBA

Resultado: Emétrope
Recomendación: Control anual.

Observación:



Firma
Nombre: VICTOR HUGO ARGUELLO CASTRO
Especialidad: Optómetra
Registro No.: 1140843834



Firma paciente
ALBERT DAVID GALVAN BENITEZ

Peña Asesores en Salud Ocupacional SAS
Prevención, Capacitación y Asesorías

Dir: Cra 14 No. 16 - 28 Barrio Urbina - Montería - Córdoba
Telefax: (4) 7863300 - (4) 7867591 - (4) 7832777
Cel. 315 7331760 - 315 7135367

E-Mail: pasomonteria@telecom.com.co - paso_ltda@hotmail.com
www.pasoltda.com

AUDIOMETRIA

Tipo Evaluación realizada:	Examen medico ocupacional de Ingreso	**Fecha de evaluación:**	20241016 09:13:18
Lugar de realización:	Monteria-Cordoba	**Orden servicio No.:**	00254182
Nombre de la Empresa:	PARTICULAR		

DATOS DEL PACIENTE



Nombre y apellidos:	ALBERT DAVID GALVAN BENITEZ				
No. Identificación:	CC 1067881222				
Genero (sexo):	M	**Edad:**	35 A	**Teléfono:**	3135233351
Profesión:	MEDICOS				

INFORMACION OCUPACIONAL DEL CARGO ACTUAL, RETIRADO O INGRESAR

Fecha de ingreso:	16/10/24 0:00	**Jornada de trabajo:**	Diurna	**Tipo jornada:**		**Horas laboradas:**	8
Antiguedad en la empresa (meses):		**Antiguedad en el cargo (meses):**					
Area empresa:	Sin información			**Sección:**	Sin información		
Cargo u Oficio:	PROFESIONAL DE LA SALUD						

PRUEBA AUDIOMETRIA

Otoscopia	**Normalidad**	**Hallazgo**
Oido derecho	Normal	
Oido izquierdo	Normal	

Vía aérea	**Derecho (dB)**	**Izquierdo (dB)**
500	15	20
1000	20	15
2000	20	20
3000	15	20
4000	15	15
6000	20	20
8000	20	20

PTA - Grado / Significado			**ELI - Grado / Significado**			**SAL - Grado / Significado**		
O.D.	17.5	Normal	**O.D.**	B	Normal buena	**O.D.**	B	Audición Normal
O.I.	18.75	Normal	**O.I.**	B	Normal buena	**O.I.**	B	Audición Normal

RESULTADO DE LA PRUEBA ==> AUDIOMETRIA VIA AEREA

Resultado según GATISO: AUDICION NORMAL BILATERAL
Recomendación: Control anual.

Observación:

Cindy Bracamonte D
FONOAUDIOLOGA
R.M. 09-01506
C.C.No. 1069473131

Firma
Nombre: CINDY M. BRACAMONTE DURANGO
Registro No.: Especialidad: Fonoaudiologa

Firma paciente
ALBERT DAVID GALVAN BENITEZ

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 0cf86edf-e85e-4ffc-a82b-bbf7d1d28c7a

Nombres y apellidos / Full name: **ALBERT DAVID GALVAN BENITEZ**

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

Número de identificación / ID Number: **1067881222**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **05/10/1989**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3135233351**

Correo electrónico / e-mail: **albert198905@hotmail.com**

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Dia / Day	Mes / Month	Año / Year				
Hepatitis A Pediátrica	Única	30	9	2014		ahab6020d	MONTERIA ESE VIDASINU	
Hepatitis A Adultos Particular	Primera	30	9	2014		ahab6020d	MONTERIA ESE VIDASINU	
COVID PFIZER	Primera	10	4	2021	PFIZER	EW3344	MONTERIA PROMOSALUD DEL SINU	JHOENIS MARTINEZ PEREZ
COVID PFIZER	Segunda	3	5	2021	PFIZER	ET6924	MONTERIA PROMOSALUD DEL SINU	LUZ DARY HERNANDEZ OSTEN
COVID PFIZER	Primer Refuerzo	31	1	2022	PFIZER	FN3815	MONTERIA CRUZ ROJA COLOMBIANA	MARY LUZ GARCIA VELASQUEZ

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

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

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

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

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

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

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

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Albert David

Apellidos: Galvan Benitez

Documento de identidad: C.C. X C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.

Número de documento: 1067881222

Fecha de nacimiento: Día 05 Mes 10 Año 1989

Powered by CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única	30-4-25	23K0648	Martha Durango
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	Anual			
	Anual			
Covid 19	1ª			
	2ª			
	1er Ref.			
	2do Ref.			
Otras				

Powered by CamScanner

CÓDIGO DE CONDUCTA
CORPORACIÓN INFANCIA Y DESARROLLO - LA CID

1. INTRODUCCIÓN

La Corporación Infancia y Desarrollo – LA CID, es una organización no gubernamental de carácter humanitaria, sin ánimo de lucro la cual responde a necesidades y derechos de las personas víctimas independientemente de su edad, género, condición social, etnia, religión siendo una oportunidad de transformación social y desarrollo.

El presente Código de conducta tiene como objetivo establecer los principios, valores y normas que deben guiar el comportamiento de todos los colaboradores que hacen parte de la Corporación Infancia y Desarrollo – LA CID, dando alcance a personal que actué en nombre de la organización.

La Corporación Infancia y Desarrollo – LA CID, se compromete a promover un entorno de trabajo ético, seguro, inclusivo y respetuoso, en coherencia con su misión, visión y objetivos institucionales. Este Código refleja nuestro compromiso con los derechos humanos, la dignidad de las personas, la transparencia, la rendición de cuentas y la prevención de cualquier forma de explotación, abuso, discriminación, acoso o corrupción.

El cumplimiento de este Código es obligatorio y constituye un componente esencial para preservar la integridad y la credibilidad de nuestras acciones. Todas las personas vinculadas en la Corporación Infancia y Desarrollo – LA CID deben leer, comprender y actuar conforme a lo aquí dispuesto. El desconocimiento de estas normas no exime de su responsabilidad.

Este documento no pretende cubrir todas las situaciones posibles, pero ofrece una guía clara sobre los estándares de comportamiento esperados. En caso de duda, se deberá actuar con prudencia, ética y conforme a los valores fundamentales de nuestra organización, y se recomienda buscar orientación a través de los canales establecidos.

2. ALCANCE

El Código de Conducta se aplica para el personal laboral, contratistas, proveedores, voluntarios, pasantes, aprendices que trabajan en los programas de desarrollo y asistencia humanitaria para La Corporación Infancia y Desarrollo – LA CID.

Todos los miembros de la Corporación Infancia y Desarrollo – LA CID, son exhortados a promover el espíritu y principios del Código de Conducta. Este será firmado por parte del personal laboral, contratistas, proveedores, voluntarios, pasantes, aprendices, para lo cual todos serán responsables de garantizar que se cumpla el presente Código.

3. CÓDIGO DE CONDUCTA DE LA CORPORACIÓN INFANCIA Y DESARROLLO

El Código de Conducta de la Corporación Infancia y Desarrollo – LA CID, menciona la relación de la organización con el respeto, por el bienestar y los derechos de las personas con quienes trabajan en el contexto del desarrollo y la asistencia humanitaria. Está diseñado para ayudar al personal laboral, contratistas, proveedores, voluntarios, pasantes, aprendices a comprender mejor las obligaciones que se imponen sobre su conducta, en cuanto a evitar lo siguiente: explotación y abuso sexuales (EAS), todas las formas de acoso, fraude y corrupción, infracciones de seguridad y prácticas reñidas con la ética profesional.

Por lo tanto, todo el personal de la Corporación Infancia y Desarrollo – LA CID, debe, en todo momento**:**

- Respetar y promover los derechos humanos fundamentales sin discriminación alguna.
- Tratar a todas las comunidades con quienes trabajamos (a saber, poblaciones afectadas por crisis, desplazados internos y refugiados) de manera justa y con respeto, cortesía, dignidad y conforme al Derecho Internacional y las Normas Internacionales.
- Promover la aplicación del Código de Conducta de la Corporación Infancia y Desarrollo – LA CID contribuyendo a la creación y mantenimiento de un entorno que prevenga la explotación y abuso sexuales, el abuso de poder y la corrupción.
- Informar inmediatamente cuando tenga conocimiento, preocupación o sospecha sustanciada de infracciones al Código al superior inmediato o directivo dentro de la organización (acorde al procedimiento establecido por los mecanismos de queja de la organización), quien se espera adopte rápidamente medidas de investigación.
- Estar consciente de que no revelar o retener a sabiendas información sobre denuncias, preocupaciones o sospechas sustanciadas de infracciones a este Código de Conducta constituye causal de medidas disciplinarias.
- Sentirse protegido por el compromiso de La Corporación Infancia y Desarrollo de dotar de un entorno seguro a través del cual manifestar una preocupación, sin temor a represalias o trato injusto, tal como se expresa en la Política de quejas y procedimientos disciplinarios de la Corporación Infancia y Desarrollo.
- Mantener los más altos estándares de rendición de cuentas, eficiencia, competencia, integridad y transparencia en el suministro de bienes y servicios en la ejecución de su trabajo.
- Cooperar cuando se le solicite con cualquier investigación sobre presuntas infracciones relacionadas con este Código.

4. EXPLOTACIÓN Y ABUSOS SEXUALES

- Explotación y abuso sexuales como formas de violencias. La Corporación Infancia y Desarrollo – LA CID reconoce que la explotación y el abuso sexuales pueden producirse en cualquier entorno de desarrollo o asistencia humanitaria. Sin embargo, en las crisis humanitarias, la dependencia de las poblaciones afectadas respecto de los organismos humanitarios para cubrir sus necesidades básicas crea una responsabilidad ética adicional y el deber de diligencia por parte de todo el personal de la Corporación Infancia y Desarrollo.

- La explotación y los abusos sexuales (EAS) contra las personas que solicitan asistencia son inaceptables y están prohibidos. Se trata de un abuso de confianza muy grave que afecta seriamente a la rendición de cuentas a las personas a quienes prestamos servicio. Los actos de este tipo violan los derechos humanos de las víctimas y los sobrevivientes, perjudican gravemente la credibilidad de la Corporación Infancia y Desarrollo – LA CID y la comunidad humanitaria y de desarrollo y pueden llegar a poner en peligro nuestra capacidad de actuación.

- La Corporación Infancia y Desarrollo – LA CID, cuenta con medidas en vigor para prevenir y combatir los casos de explotación y abusos sexuales perpetrados por su personal las cuales están descritas en la política de PEAS.

- Para proteger a las partes interesadas de la Corporación Infancia y Desarrollo – LA CID en todas las situaciones, el personal laboral, contratistas, proveedores, voluntarios, pasantes, aprendices de la Corporación Infancia y Desarrollo – LA CID, debe estando de servicio y fuera de servicio:
  - Entender que la explotación y el abuso sexuales por parte de personal que participa en trabajo de desarrollo y asistencia humanitaria constituyen actos de conducta indebida grave y, por lo tanto, son causal de rescisión del empleo.
  - No sostener nunca ninguna actividad sexual con niños Y/O menores de 18 años independientemente de cuál sea localmente la edad de mayoría o edad de consentimiento. La actividad sexual con niños está prohibida dentro de la Corporación Infancia y Desarrollo – LA CID. La equivocación con respecto a la edad de un niño no constituye atenuante.
  - No aceptar, solicitar o participar en la “compra” de actividades sexuales, ni lucrar con éstos. Esto es aplicable al personal de la Corporación Infancia y Desarrollo – LA CID, tanto dentro como fuera del horario laboral.
  - Participar en actividades sexuales con trabajadores sexuales, independientemente de la legislación del país.
  - No aprovechar nunca la vulnerabilidad de ningún grupo beneficiario en el contexto del trabajo de desarrollo y asistencia humanitaria, especialmente mujeres y niños, ni permitir que ninguna persona sea puesta en situaciones comprometedoras.
  - Saber que el ofrecimiento de dinero, empleo, bienes o servicios a cambio de relaciones sexuales, incluyendo favores sexuales u otras formas de conducta humillante, degradante o explotadora, está prohibido. Esto incluye el ofrecimiento de la asistencia que se debe a los beneficiarios.

- No abusar nunca de una posición para retener la ayuda humanitaria o de desarrollo, o para dar un trato preferencial, con el fin de solicitar favores sexuales, regalos, pagos de cualquier tipo, o ventaja.

- Dada la mayor vulnerabilidad de las poblaciones en situaciones de crisis, el personal está prohibido de sostener relaciones sexuales con miembros de las poblaciones afectadas por crisis, ya que tales relaciones se basan en una dinámica de poder inherentemente desigual y menoscaban la credibilidad e integridad del trabajo de asistencia humanitaria.

- Al trabajar con niños, evitar acciones o comportamientos que puedan constituir prácticas deficientes y nunca actuar de manera que se pueda colocar a un niño en riesgo de abuso.
- Cuando se realiza trabajo de desarrollo a largo plazo, el personal laboral, contratistas, proveedores, voluntarios, pasantes, aprendices, que sostenga una relación sexual a largo plazo con un miembro de la comunidad que se beneficia de un programa de La Corporación Infancia y Desarrollo – LA CID , con otro personal laboral, contratistas, proveedores, voluntarios, pasantes, aprendices es exhortado a informar a su superior acerca de la relación para evitar la percepción de un conflicto de intereses.

- La Corporación Infancia y Desarrollo – LA CID, promueve la integración de una perspectiva de género en los esfuerzos para prevenir y responder eficazmente a la explotación y abuso sexuales.

- Por lo tanto, todo el personal laboral, contratistas, proveedores, voluntarios, pasantes, aprendices de la Corporación Infancia y Desarrollo – LA CID, debe aceptar:
  - Tratar a todas las personas con equidad y respeto, cortesía y dignidad, con arreglo a la legislación internacional sobre derechos humanos y derechos del niño y la política de PEAS de La Corporación Infancia y Desarrollo – LA CID.
  - Prestar asistencia a las poblaciones afectadas y los beneficiarios de la organización y garantizar su seguridad, su dignidad y el acceso efectivo a los servicios prestados, en consonancia con el principio de no hacer daño.
  - Ayudar a crear y mantener un entorno que prevenga la explotación y los abusos sexuales y promueva la aplicación de este código de conducta.
  - Notificar de inmediato toda denuncia, sospecha o preocupación con relación al incumplimiento de las normas establecidas en este código de conducta.
  - No realizar intencionadamente acusaciones falsas contra ningún otro trabajador por infringir las disposiciones del código de conducta ni divulgar afirmaciones falsas sobre compañeros ni sobre el personal de otros organismos.
  - Asistir a los cursos de capacitación obligatorios (presenciales o virtuales) en materia de protección contra la explotación y los abusos sexuales.

5. ACOSO SEXUAL

- El personal laboral, contratistas, proveedores, voluntarios, pasantes, aprendices de la Corporación Infancia y Desarrollo no cometerá nunca ningún acto o forma de acoso que podría causar daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a individuos, especialmente mujeres y niños. La Corporación Infancia y Desarrollo – LA CID no tolera ninguna forma de infracción en el lugar de trabajo tales como acoso (incluido el acoso sexual, de género y racial), intimidación y discriminación, es decir, ningún comentario o comportamiento impropio que sea ofensivo, degradante, humillante, despectivo, ni ningún otro comportamiento inadecuado que no respete la dignidad de un individuo.

- Por lo tanto, el personal laboral, contratistas, proveedores, voluntarios, pasantes, aprendices de la Corporación Infancia y Desarrollo – LA CID, debe aceptar:
  - Tratar a todas las personas con dignidad y respeto en el lugar de trabajo. Hablar con cortesía y amabilidad, escuchar atentamente y considerar el bienestar de los demás.
  - No cometer nunca ningún acto o forma de acoso que podría causar daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico o emocional a individuos, especialmente mujeres, niñas, niños y personas con discapacidades.
  - No incurrir nunca en ningún comportamiento, deliberado o de otro tipo, que haga que la persona receptora se sienta perseguida, vulnerable o impotente.
  - Comprender lo que constituye acoso, reconocer signos iniciales de acoso sexual, de género y racial (entre otros), y adoptar medidas rápidas para prevenirlo y resolverlo.
  - No realizar intencionadamente acusaciones falsas contra ningún otro trabajador por infringir las disposiciones del código de conducta ni divulgar afirmaciones falsas sobre compañeros ni sobre el personal de otros organismos
  - Comprender lo que constituye intimidación, empoderar al personal que se vea afectado por ésta, desarrollar estrategias para reducirla y detenerla, y adoptar medidas disciplinarias necesarias contra quienes se encuentre que han cometido un acto o forma de acoso.
  - El comportamiento violento, acosador o discriminatorio de cualquier clase dirigido a otra persona en el lugar de trabajo o en las comunidades con quienes la Corporación Infancia y Desarrollo – LA CID trabaja es inaceptable y no será tolerado.

6. FRAUDE Y CORRUPCIÓN

El personal de La Corporación Infancia y Desarrollo –LA CID, nunca debe aprovecharse de su posición al trabajar con comunidades y socios de la organización. Por lo tanto, el personal laboral, contratistas, proveedores, voluntarios, pasantes, aprendices de La Corporación Infancia y Desarrollo – LA CID debe en todo momento:

- Promover una cultura de honestidad y transparencia entre el personal laboral, contratistas, proveedores, voluntarios, pasantes, aprendices y el personal directivo de la organización.
- Ser transparente en todas las transacciones financieras relacionadas con el trabajo.
- Nunca robar, malversar o apropiarse indebidamente de fondos o propiedades, garantizando que los recursos financieros y de otro tipo se utilicen únicamente para los fines previstos. Esto se aplica también a cualquier otro ingreso generado, tales como intereses recibidos o devengados por los fondos.
- Nunca participar en transacciones no efectuadas en condiciones de plena competencia, falsificación de documentos o cheques, lavado de dinero, recibir comisiones e influir en procesos de licitación para beneficio indebido y robo.
- Crear un entorno de trabajo donde las comunidades y el personal laboral, contratistas, proveedores, voluntarios, pasantes, aprendices puedan de forma segura y confidencial plantear e informar de toda preocupación seria sobre sospechas de fraude y corrupción.
- Nunca apoyar a sabiendas a personas o entidades involucradas en actividades ilegales.
- Nunca destruir, falsificar, alterar u ocultar deliberadamente evidencia material de una investigación o hacer declaraciones falsas a los investigadores a fin de influir o impedir

materialmente investigaciones sobre alegaciones corruptas, fraudulentas, coercitivas o cómplices.

- Llevar a cabo todas las actividades profesionales con arreglo a los procedimientos y prácticas internacionalmente aceptados, y mantener los más altos estándares de rendición de cuentas y transparencia en relación con las finanzas, administración y gobernanza, en lo pertinente.

7. PRÁCTICAS REÑIDAS CON LA ÉTICA PROFESIONAL

La Corporación Infancia y Desarrollo – LA CID, promueve prácticas profesionales asentadas en la moral y la ética. Por lo tanto, todo el personal laboral, contratistas, proveedores, voluntarios, pasantes, aprendices de la organización debe:

- Seguir siempre prácticas transparentes, responsables y honestas al recibir del público donaciones en efectivo destinadas a fines humanitarios o de desarrollo.
- Nunca utilizar o aceptar un soborno en forma de dinero, bienes o servicios para asegurar un contrato de servicios cuando se hacen tratos con proveedores en cualquier trabajo de desarrollo o asistencia humanitaria.
- Nunca tomar parte en actividades que generen lucro personal, organizacional o colectivo tales como comprar o vender cuando esas actividades puedan afectar o parecer afectar la credibilidad o integridad de la Corporación Infancia y Desarrollo – LA CID.
- Nunca participar en las ganancias o sobrantes presupuestarios como comisiones ilícitas, recortes o descuentos para beneficio personal o de la organización.
- Declarar a su empleador cualquier conflicto de intereses conocido o potencial (por ejemplo, relación directa con prestadores de servicios o proveedores de bienes para programas de la Corporación Infancia y Desarrollo – LA CID, etc.).
- Nunca aceptar ningún regalo u otros favores que puedan influir en el desempeño de las funciones o deberes del personal laboral, contratistas, proveedores, voluntarios, pasantes, aprendices. Los regalos se definen como, pero no únicamente: servicios, viajes, entretenimiento, bienes materiales, entre otros. Para respetar las tradiciones nacionales y locales y la hospitalidad convencional, pueden aceptarse pequeños obsequios como bolígrafos, calendarios, diarios de escritorio, etc.
- Nunca utilizar trabajo ilegal, trabajo infantil y trabajo forzoso en ninguna área de trabajo.
- Siempre pagar los impuestos estatales obligatorios y cumplir con la legislación nacional sobre sociedades y las normas internacionales.
- Siempre buscar los más altos estándares de salud, seguridad y medio ambiente en todo trabajo de programa.
- Asegurar, en lo posible, que los bienes adquiridos sean producidos y entregados en condiciones que no impliquen abuso o explotación de ninguna persona y tengan el menor impacto negativo sobre el medio ambiente.
- Nunca utilizar o distribuir productos o suministros peligrosos conocidos en ningún entorno de desarrollo o asistencia humanitaria.

8. INFRACCIONES DE SEGURIDAD Y PROTECCIÓN

La Corporación Infancia y Desarrollo – LA CID, asigna una prioridad máxima a la seguridad y protección de todo el personal y de aquellos con quienes trabajamos, y se esforzará por hacer todo lo que razonablemente pueda para garantizar que el personal esté seguro en el desempeño de su trabajo. La seguridad y protección es una responsabilidad individual, así como organizacional, y por lo tanto todo el personal laboral, contratistas, proveedores, voluntarios, pasantes, aprendices, de la organización debe:

- Adherir a los principios y directrices de seguridad y protección de la Corporación Infancia y Desarrollo – LA CID o sus propias políticas y procedimientos organizacionales de seguridad y protección.
- Nunca utilizar o poseer armas o municiones de ningún tipo mientras esté de misión.
- Nunca conducir un vehículo durante el servicio bajo la influencia del alcohol ni ninguna sustancia ilegal, y cumplir con las leyes nacionales.

9. NORMAS PARA EL USO ADECUADO DE LAS INSTALACIONES DE LAS SEDES DE LA CID

El uso de los espacios en las sedes de LA CID debe hacerse de manera responsable, segura, respetuosa y colaborativa, con el fin de promover un ambiente profesional. En este sentido, se deberán observar las siguientes conductas:

- Mantener limpios y ordenados los espacios de las Sedes (Salas de reuniones, baños, cafetería, oficinas, recepción)
- No dejar pertenencias personales en áreas comunes
- Utilizar los espacios comunes de forma equitativa y compartida, respetando los turnos y necesidades del equipo.
- Abstenerse de utilizar los espacios de las sedes para actividades personales prolongadas, como dormir, consumir alimentos en exceso o realizar reuniones de carácter privado no relacionadas con el desarrollo de las actividades propias del proyecto.
- Se prohíbe el consumo, fabricación, distribución, venta o posesión de sustancias psicoactivas (incluyendo drogas ilegales, estimulantes, depresoras, alucinógenas, de origen natural o sintético, drogas emergentes y sustancias licitas como alcohol y tabaco) durante la jornada laboral, en las sedes de la organización y en todas las actividades que se ejecuten en representación de Corporación Infancia y Desarrollo – LA CID.
- Hacer uso adecuado de los recursos y mobiliario de la sede, evitando daños o mal uso de los mismos
- Reportar daños o en mal funcionamiento de las locaciones de las sedes
- No modificar ni reubicar mobiliario sin autorización
- Apagar luces y equipos al salir de los espacios
- Realizar uso racionable del consumo del agua y energía
- Respetar el horario establecido en las sedes para su uso y la atención de la población participante en la implementación de cada proyecto
- Mantener una actitud respetuosa y moderar el volumen de la voz para no interrumpir el desarrollo de las actividades

- No obstaculizar el paso con cajas, muebles o pertenencias personales
- No permitir el ingreso de personas no autorizadas sin previa notificación
- Respetar los horarios establecidos para la atención de la población y abstenerse de ingresar a las sedes de LA CID fuera del horario autorizado.
- Evitar el uso de lenguaje ofensivo, actitudes discriminatorias o comportamientos que atenten contra la convivencia

10. QUEJAS Y PROCEDIMIENTOS DISCIPLINARIOS

La violación de este Código de Conducta no será tolerada y, de conformidad con la legislación pertinente, puede conllevar a acciones disciplinarias internas, despido o incluso acción penal.

Cada miembro de la Corporación Infancia y Desarrollo – LA CID, tiene la responsabilidad de manejar y responder a toda alegación de mala conducta que reciba de sus partes interesadas acerca de sus empleados en consonancia con sus políticas organizacionales y medidas disciplinarias relacionadas. El personal directivo de la Corporación Infancia y Desarrollo – LA CID, cuenta con sistemas adecuados para investigar, registrar y tratar casos de mala conducta. En tal caso, se pondrá en práctica un mecanismo con el que se investiguen las quejas sin demora, manteniendo a la vez la discreción y la confidencialidad y protegiendo los derechos de todos los individuos involucrados. Las infracciones del Código de Conducta deben denunciarse inmediatamente al personal directivo y de acuerdo con los procedimientos de manejo de quejas de la Corporación Infancia y Desarrollo – LA CID.

Quienes deseen presentar una queja sobre una presunta violación del Código por un miembro del personal laboral, contratistas, proveedores, voluntarios, pasantes, aprendices, de la Corporación Infancia y Desarrollo – LA CID, deben presentar su queja a su superior inmediato, supervisor del contrato, coordinador del proyecto o coordinador designado para quejas tan pronto como sea posible después de tomar conocimiento del asunto.

Todo personal laboral, contratistas, proveedores, voluntarios, pasantes, aprendices, de la Corporación Infancia y Desarrollo – LA CID, que deliberadamente haga acusaciones falsas sobre cualquier acción de otro miembro de la organización que constituya una infracción del Código de Conducta estará sujeto a medidas disciplinarias a discreción del empleador.

11. COMPRENSIÓN DEL CÓDIGO

La persona abajo firmante (que actúa en nombre de la organización) ha leído, ha comprendido y está de acuerdo con el contenido de este documento, el Código de Conducta de la Corporación Infancia y Desarrollo – LA CID, que estará sujeto a revisión y exámenes ocupacionales periódicos. La persona firmante acepta las consecuencias de cualquier violación de cualquiera de las disposiciones anteriores conforme a este Código de Conducta.

Firma:
Nombre Completo: JAIBERT DAVID GALVAN BENITEZ
C.C: 1067881322
Fecha: 12/08/2025
Lugar: MONTERIA.

Powered by CamScanner

ELABORADO:	**APROBADO:**	**AUTORIZADO:**
Johana García Responsable ASIGI	Claudia Gallego Directora Programática	Julia Elsa Solano Directora General

CONTROL DE DOCUMENTOS		
Versión No.	**Descripción del cambio**	**Fecha del cambio**
1	Original	21/12/2017
2	Se actualiza el código mencionando las normas para el uso adecuado de las instalaciones de LA CID, se actualiza capítulo de fraude y anticorrupción, explotación y abuso sexual, acoso, se redacta la introducción y alcance del código.	12/06/2025