

EL COLEGIO CUNDINAMARCA, OCTUBRE DE 2025

CORDIAL SALUDO

REFERENCIA : PROPUESTA ECONOMICA

NOMBRE LEIDY CRISTINA RIVAS SANCHEZ

PERFIL ENFERMERA

Por medio de la presente me permito confirmar mi intención de participar en la contratación que a bien tenga la E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN y cumplir a cabalidad cada una de las actividades que me sean asignadas mediante contrato de prestación de servicio conforme a los términos que estipule la minuta contractual


Cordialmente

*Leidy Cristina Rivas*

CC 10 77 452846

Dirección CLL 65 G BIS A SUR # 77M - 44

CELUNAR 3145422945

	E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO	Código
	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO VERIFICACIÓN DE TÍTULOS DE HOJA DE VIDA	TH-F-25
	PROCESO TALENTO HUMANO	Versión
		V1-2023

El Colegio Cundinamarca, noviembre de 2025 de 2025

**REF. CONSENTIMIENTO INFORMADO.**

Yo LEIDY CRISTINA RIVAS SANCHEZ , Identificado con documento de identidad N° 1077452846 de Quibdó, doy mi autorización para la verificación de títulos y documentos de mi hoja de vida; adicional la encuesta de caracterización que a continuación se realiza, la cual lleva a cabo la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen El Colegio.

A continuación, verá una serie de preguntas que permitirá a la Institución, tener un poco más de conocimiento de los colaboradores de la entidad, por favor marque con una x Sí o No, según corresponda.

PREGUNTA	Si	No
¿Es usted pre-pensionable*?		X
¿Es usted madre o padre cabeza de familia?	X	
¿Presenta algún tipo de discapacidad?	¿Cual?	X
¿Pertenece a la comunidad LGTBI?		X
¿Pertenece a un grupo étnico?	¿Cual?	X
¿Cuenta con experiencia anterior en el cargo?	Años de experiencia: 1	Edad: 7 años

\*Pre-pensionable: las personas que le hace falta tres o menos años para cumplir con los requisitos para pensionarse

Manifiesto que recibí información clara y concreta del objeto del proceso.

Gracias por su amable atención:

Cordialmente,

*Leidy Cristina Rivas*

LEIDY CRISTINA RIVAS SANCHEZ  
C.C. 1077452846 de Quibdo

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.077.452.846

RIVAS SANCHEZ

APELLIDOS

LEIDY CRISTINA

NOMBRES

Leidy Cristina Rivas Sanchez

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-ENE-1992  
QUIBDO  
(CHOCO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70

ESTATURA

O+

G.S. RH

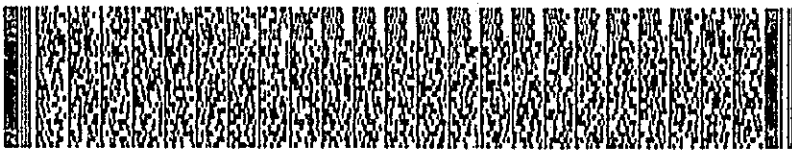
F

SEXO

05-ABR-2010 QUIBDO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL  
ALEXANDER VEGA ROCIA



P-1700100-01141740-F-1077452846-20200612

0070925478A.1

9912386865



FORMATO ÚNICO

**HOJA DE VIDA**  
Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
Fundación Nuestra Señora de la Esperanza	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	60	X		manejo del dengue	05	2024
Quiron	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	45	X		soporte vital avanzado	03	2024
Quiron	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	60	X		gestión del duelo	03	2024
Quiron	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	80	X		atención integral a víctimas con ataque químico	03	2024
Quiron	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	80	X		atención integral a víctimas de violencia sexual y de género	03	2024

**4 IDIOMAS**

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

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

**5 EXPERIENCIA LABORAL**

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

[Leyes 160 de 1995, 489 y 443 de 1998]

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR									
EMPRESA O ENTIDAD IPS GOLEMAN CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL			PÚBLICA		PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>		PAÍS COLOMBIA		
DEPARTAMENTO BOGOTÁ, D.C.		MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS 3124050910		FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO			
		Día		Mes		Año		2024	
		Día		Mes		Año		2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1680 2009 ENFERMERA		DEPENDENCIA AREA DE LA SALUD - ENFERMERIA			DIRECCIÓN CARRERA 721 37C 4 SUR SEDE KENNEDY				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR									
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR			PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA		
DEPARTAMENTO BOGOTÁ, D.C.		MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO			
		Día		Mes		Año		2022	
		Día		Mes		Año		2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1680 2009 ENFERMERA		DEPENDENCIA AREA DE LA SALUD - ENFERMERIA			DIRECCIÓN CALLE 60G BIS SUR 18A 9 SUR				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR									
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE			PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA		
DEPARTAMENTO BOGOTÁ, D.C.		MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO			
		Día		Mes		Año		2022	
		Día		Mes		Año		2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1958 1 2010 ENFERMERA		DEPENDENCIA AREA DE LA SALUD - ENFERMERIA			DIRECCIÓN CALLE 70A SUR 771 28 SUR BARRIO BOSA				

9

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	2	2
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	6
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES. (ARTÍCULO 50. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento

6-11-25

*[Firma manuscrita]*

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha:

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Tipo de declaración

INGRESO

Fecha de publicación

2025-10-07 11:56

Nombres y apellidos completos

Primer nombre

Segundo nombre

Primer apellido

Segundo apellido

LEIDY

CRISTINA

RIVAS

SANCHEZ

Documento de Identificación

Tipo

CEDULA DE CIUDADANIA

Número

1077452846

Lugar de nacimiento

País

COLOMBIA

Departamento

CHOCÓ

Municipio

QUIBDO

Lugar de domicilio

País

COLOMBIA

Departamento

BOGOTÁ. D.C.

Municipio

BOGOTÁ. D.C.

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

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA

Lugar de sede

País

COLOMBIA

Departamento

CUNDINAMARCA

Municipio

GUATAVITA

Dirección

["Calle 6 No. 6 - 04"]

Cargo o función que cumple

CONTRATISTA

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

### 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

#### 1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACRENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	\$2.800.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	\$0,00
Gastos de representación	\$2.800.000,00
Arriendos	\$1.000.000,00
Honorarios	\$2.800.000,00
Otros ingresos y rentas	\$0,00
<b>TOTAL</b>	<b>\$9.400.000,00</b>

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí  No

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

Nombre entidad o Institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí  No

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

### 1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí  No

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

Detalle de las actividades	Forma participación

## 2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

### 2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí  No

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño:

Sí  No

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento

Número

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

--

**2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGÜINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL.**

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño:

Sí  No

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

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

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

**2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR**

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

Sí  No

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

**2.4. OTRAS INVERSIONES**

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí  No

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí  No

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

Tipo de inversión	Valor	País

### 2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí  No

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

Nombre entidad	Valor

### 2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí  No

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:

- > Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
- > Establecimientos que posee.
- > Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
- > Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

2. Concepto 02 Actualización

4. Número de formulario

141186418741



(415)7707212489984(8020) 000014118641874 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 7 7 4 5 2 8 4 6 4

6. DV

12. Dirección seccional  
Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de identificación

1 0 7 7 4 5 2 8 4 6

28. País

COLOMBIA

29. Departamento

Chocó

30. Ciudad/Municipio

Quibdó

0 0 1

31. Primer apellido

RIVAS

32. Segundo apellido

SANCHEZ

33. Primer nombre

LEIDY

34. Otros nombres

CRISTINA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CL 65 G BIS A SUR 77 M 44

42. Correo electrónico

leidycristina2293@gmail.com

43. Código postal

1 1 0 7 4 1

44. Teléfono 1

3 1 4 5 4 2 2 9 4 5

45. Teléfono 2

3 2 1 6 1 9 7 8 3 9

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

Actividad secundaria

Otras actividades

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

50. Código

8 6 9 2

2 0 2 2 0 3 0 4

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

5 4 9

05- Impo. renta y compl. régimen ordinario

49 - No responsable de IVA

DOCUMENTO SIN CERTIFICADO

Usuarios aduaneros

Exportadores

54. Código

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58: CFC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Folios

0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre RIVAS SANCHEZ LEIDY CRISTINA

985. Cargo CONTRIBUYENTE



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 martes 11 de noviembre de 2025, a las 08:22:47, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1077452846
Código de Verificación	1077452846251111082247

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

**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 02:10:07 horas del 11/11/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1077452846**,  
Apellidos y Nombres **RIVAS SANCHEZ LEIDY CRISTINA**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**


La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **hospital nuestra señora del carmen del colegio**, con NIT **860020094-8** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 "*por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones*" y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 "*por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018*", con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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



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, 18/11/2025 01:11:49 p.m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía No. **1077452846** y Nombre: **LEIDY CRISTINA RIVAS SANCHEZ.**

**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. **126753611**. La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

 Nueva Búsqueda

 Imprimir

515 9000



Dios y  
Patria

Policía Nacional de Colombia  
Dirección General - Cra. 59 Nº 26 - 21  
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.  
Línea de atención: 018000-910112



 GOV.CO



## CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

### CERTIFICADO ORDINARIO No. 284578317



PIB

19:59:28

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 18 de noviembre del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) LEIDY CRISTINA RIVAS SANCHEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1077452846:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

Carlos William Rodríguez Millán  
Jefe División de Relacionamento Con El Ciudadano (C)

**ATENCIÓN:**

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

División de Relacionamento con el Ciudadano.

Línea gratuita 018000910315

Carrera 5 No. 15 -60 Piso 1; Pbx 5878750, ext. 13170; Bogotá D.C.

[www.procuraduria.gov.co](http://www.procuraduria.gov.co)

### Datos del ciudadano

Señor(a) LEIDY CRISTINA RIVAS SANCHEZ (identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 1077452846.

### El ciudadano no presenta antecedentes

Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.

Fecha de consulta: martes, noviembre 11, 2025 - Hora de consulta: 08:19:37

El certificado de antecedentes ordinario, refleja las anotaciones de las providencias ejecutoriadas por el término de la sanción impuesta, así como las inhabilidades impuestas por la autoridad competente y las automáticas que ordena la Constitución Política y la Ley en Colombia.

El certificado de antecedente especial, refleja todas las anotaciones que figuren en el certificado ordinario, más las inhabilidades inter previstas en la Ley para algunos cargos de la administración pública, tales como los de elección popular.

DATOS PERSONALES: si los Nombres que aparecen en la consulta del certificado son incorrectos, por favor de clic aquí para realizarla.

### OTRAS ENTIDADES





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

**CERTIFICA QUE**

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos REDAM, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1077452846 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 11/11/2025 02:20 AM



Código Verificación: **WZ7GD1AKMB**

Válida hasta: **09/02/2026**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

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



La República de Colombia  
y en su nombre

## Institución Educativa Armando Luna Roa

Autorizada por la Secretaría de Educación del Municipio de Quibdó, Chocó mediante decreto 469  
del 15 de Septiembre de 2008 y resolución N° 101 del 25 de Noviembre de 2008

Quibdó - Chocó

Confiere a:

# Leidy Cristina Rojas Sanchez

Tarjeta de Identidad N° 92012001594 de Quibdó

El Título de:

## Bachiller en la Modalidad de Ciencias Naturales

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica  
acorde con lo dispuesto en la Ley General de Educación, 115 del 8 de febrero de 1994, el  
Decreto 1860 del 3 de Agosto de 1994, el Decreto 230 de Febrero 11 de 2002 y según  
los planes y programas de estudio vigentes, adoptados por el Consejo Directivo.



  
Obro. Obdulio Mena Palacios  
Rector

  
María Virlean Becerra C.  
Secretaria

Anotado para efectos legales en el libro de registro de actas  
de diplomas N° 032 Folio 3 Número de Orden 049

Expedido en Quibdó, el 5 de Diciembre de 2008



## Institución Educativa Armando Luna Roa

Ordenanza de Creación N° 15 del 25 de Noviembre de 1969, Acuerdo de Nacionalización N° 10 del 9 de Mayo de 1978, Resoluciones de Aprobación: N° 908 del 6 de Agosto de 1996, N° 1827 del 16 de Noviembre de 2005, N° 101 del 25 de Noviembre de 2008, Decreto 469 del 15 de Septiembre de 2008. Registro Educativo XA-22014/81  
DANE: 127001000411 - NR 900164572-1

### Acta Individual de Graduación N° 049

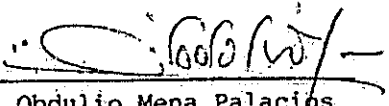
En Quibdó, a los 5 días del mes de Diciembre de 2008, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria de la Institución Educativa "ARMANDO LUNA ROA" de Quibdó, Institución autorizada por la Secretaría de Educación del Municipio de Quibdó, según Resolución No. 101 del 25 de Noviembre de 2008 y decreto 469 del 15 de Septiembre de 2008, para otorgar el TÍTULO DE BACHILLER en la modalidad de CIENCIAS NATURALES. Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el TÍTULO DE BACHILLER EN LA MODALIDAD DE CIENCIAS NATURALES al graduando cuyos nombres, apellidos y documento de identidad se relacionan a continuación:

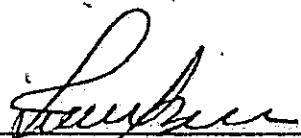
**Heidy Cristina Rivas Sanchez**

Documento de Identidad N° 92012001594 de Quibdó

Es fiel copia del acta general N° 032 del 5 de Diciembre de 2008, que consta de 109 alumnos y comienza con el nombre de: Alex Mosquera Chaverra y se cierra con el nombre de: Zuly Isabel Pino Mosquera. Firmada por el Pbro. Obdulio Mena Palacios (rector) y María Yirlean Becerra Cordoba (secretaria)

Firmada por las autoridades académicas que intervinieron en este acto en la ciudad de Quibdó, a los 5 días del mes de Diciembre de 2008.

  
Pbro. Obdulio Mena Palacios  
Rector

  
María Yirlean Becerra  
Secretaria

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DEL CHOCÓ  
DIEGO LUIS CÓRDOBA

Quibdó - Chocó

En atención a que:

**LEIDY CRISTINA RIVAS SANCHEZ**

CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 1.077.452.846 DE QUIBDÓ

Ha completado los requisitos que los Estatutos Universitarios exigen para optar al Título de

**ENFERMERA**

Le expide el presente Diploma, en testimonio de ello, se firma en Quibdó el 28 de diciembre de 2021

Libro de Registro No. 61 Folio No. 092

  
DAVID EMILIO MOSQUERA VALENZUELA  
RECTOR

  
ANA SILVIA RENTERÍA BORENGO  
VICERRECTORA DE DOCENCIA

  
FÁTIMA VALENZUELA ROSALES  
SECRETARÍA GENERAL

  
ESTEBAN LEIVA VARGAS  
DECANO DE LA FACULTAD





REPÚBLICA DE COLOMBIA  
UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DEL CHOCÓ  
DIEGO LUIS CORDOBA  
QUIBDÓ - CHOCÓ

### ACTA DE GRADO No. 1566

En la ciudad de Quibdó, sede de la Universidad Tecnológica del Chocó Diego Luis Córdoba, el día 28 de diciembre de 2021, se reunieron el Señor Rector DAVID EMILIO MOSQUERA VALENCIA, la Vicerrectora de Docencia ANA SILVIA RENTERIA MORENO, el Decano de la Facultad (e) EUSTAQUIO OLAVE URRUTIA y el Secretario General FERNELIX VALENCIA MOSQUERA, con el objeto de realizar el acto de graduación y entrega de Diploma que como:

**ENFERMERA**  
CODIGO SNIES 107590

Le otorga a:

**LEIDY CRISTINA RIVAS SANCHEZ**  
CON CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 1.077.452.846 DE QUIBDÓ

Por haber llenado los requisitos exigidos por los reglamentos, y en concordancia con lo dispuesto en el plan de estudios.

El Señor Rector, tomó el juramento de rigor e hizo entrega del Diploma, debidamente firmado por las autoridades competentes.

La presente acta se firma por los funcionarios autorizados.

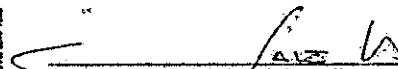
Registrado a Folio No. 092 Libro No. 61

  
DAVID EMILIO MOSQUERA VALENCIA  
RECTOR

  
ANA SILVIA RENTERIA MORENO  
VICERECTORA DE DOCENCIA

  
FERNELIX VALENCIA MOSQUERA  
SECRETARIO GENERAL



  
EUSTAQUIO OLAVE URRUTIA  
DECANO DE LA FACULTAD (e)



# TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA

NIT: 830040508-1

Ley 266 de 1996 / Ley 911 de 2004:

*"Ley deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia"*

## HACE CONSTAR QUE

La enfermera **LEIDY CRISTINA RIVAS SÁNCHEZ** identificada con la cédula de ciudadanía número 1.077.452.846, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

El presente certificado tiene una vigencia de seis (6) meses contados desde la fecha de su expedición.

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los seis (06) días del mes de mayo del año dos mil veinticinco (2025).

Cordialmente,

  
**EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ**  
Abogada Secretaria

NOTA: El correo electrónico actual del Tribunal Nacional Ético de Enfermería para los certificados es [trienfercertificado@gmail.com](mailto:trienfercertificado@gmail.com) y para la información en general es [trienfer@gmail.com](mailto:trienfer@gmail.com)

Carrera 13A N° 106A - 28. Oficina 202, Edificio Rodal 4, Bogotá D. C.  
Teléfono (57-601) 629 6659 - Celular 3103147663 y WhatsApp: 3208140060  
[www.tribunacionaleticoenfermeria.com/](http://www.tribunacionaleticoenfermeria.com/) [trienfer@gmail.com](mailto:trienfer@gmail.com)



**GOBIERNO  
DE COLOMBIA**



**ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA**  
IDENTIFICACIÓN ÚNICA DE TALENTO HUMANO EN SALUD

**ENFERMERA**

**LEIDY CRISTINA RIVAS SANCHEZ**  
C.C. 1.077.452.548  
Universidad Tecnológica Del Choco  
Quibdo  
Fecha de Expedición Diploma: 20/12/2021  
Fecha de inscripción en Resmas: 20/12/2022



47647

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

Esta tarjeta es un documento público y se expide en conformidad con la Ley 1164 de 2007, Decreto 4192 de 2010 y la Resolución 085 de 2015.

Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la Organización Colegial de Enfermería.  
[www.occinfo.org.co](http://www.occinfo.org.co)

FIRMA DEL PROFESIONAL

IDéntico S.A.S.

[Redacted]

CC 1077452846 LEIDY CRISTINA RIVAS SANCHEZ Vigente Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se comparamos que el (la) señor(a) LEIDY CRISTINA RIVAS SANCHEZ (identificado/a) con CC 1077452846, respalda la siguiente información:

2025-11-10 - 10:35:40 AM

Información Académica

[Redacted]

UNV Local ENFERMERIA 2022-02-03 1077452846 ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

Datos SSO

[Redacted]

Exonerado del SSO Local COLOMBIANO APLICAJ 1900-01-01 1900- Sin Modalidad Enfermería ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

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 acreditan 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).



## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La EPS SANITAS en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS SANITAS,

### CERTIFICA:

Que Leidy Cristina Rivas Sanchez, identificado(a) con CC número 1077452846, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1077452846
NOMBRES Y APELLIDOS	Leidy Cristina Rivas Sanchez
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	20/01/1982
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	31/01/2013
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	332 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	13 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	22/06/2020
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CÉDULA DE CIUDADANIA 1077452846 LEIDY CRISTINA RIVAS SANCHEZ Desde 01/09/2024 - Vigente



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

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

NIT 800.224.808-8

**CERTIFICA QUE:**

**LEIDY CRISTINA RIVAS SANCHEZ**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.077.452.846**, se encuentra afiliado(a) al Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.

La presente certificación se expide el 10 de Noviembre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



**Tenga en cuenta:**

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

Medellín, 10 de noviembre de 2025

**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA**

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que LEIDY CRISTINA RIVAS SANCHEZ identificado(a) con C1077452846 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite [www.arisura.com.co](http://www.arisura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10774528462531437749

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA  
DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

**VIGILADO**

Dirección-IP 10.205.28.11



**ALANJU SAS**

Cod de habilitación: 2575404639 Licencia SST: Res 250414/2022  
 Dirección: Cra 36 # 18 - 92 Barrio El Dorado  
 Teléfonos: 316 792 76 12 - 305 9349551 - 6017172073  
 Email: comercial@alanjusalud.com  
 Web: www.alanjusalud.com



**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL**

**N° 12.102**

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
05 DÍA	05 MES	2025 AÑO	SOACHA (CUNDINAMARCA, COLOMBIA)			
			EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR			
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE						
PARTICULARES CONTADO			PARTICULARES			
Nombre de la empresa			Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cédula de Ciudadanía, CE, Cédula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)						
RIVAS SANCHEZ LEIDY CRISTINA		Apellido y Nombre	Genero	Edad	Documento de Identificación	
			FEMENINO	33 AÑOS 3 MESES 14 DÍAS	CC	1077452846
					Tipo	Número
Cargos						
ENFERMERA						
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA						
Observaciones: NO APLICA						
APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO						
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO	RECOMENDACIONES			
SIN RESTRICCIONES LABORALES		NO APLICA	NO APLICA			
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:						
EVALUACIÓN OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR <input checked="" type="checkbox"/>						
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
		USO DE EPP PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		HABITOS SALUDABLES FORTALECIMIENTO MUSCULAR CONTROL DE PESO ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA HACER DEPORTE DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES						
SE RECOMIENDA MANTENER MEDIDAS DE AUTOCUIDADO PARA PREVENCIÓN DE INFECCIÓN POR VIRUS RESPIRATORIOS: USO DE TAPABOCAS LAVADO FRECUENTE DE MANOS DISTANCIAMIENTO SOCIAL, UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, REALIZAR PAUSA ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL, SE RECOMIENDA REALIZAR EJERCICIO FÍSICO DIARIO MANTENER ALIMENTACIÓN BALANCEADA EVITAR CONSUMO DE ALCOHOL, CIGARRILLO Y SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, REALIZAR ACTIVIDADES QUE FOMENTEN LA SALUD MENTAL, REALIZAR CONTROLES PERIÓDICOS POR SU ASEGURADORA.						
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador, autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen, he comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verdicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los aspectos en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.						
Médico			Aspirante o Trabajador			
Firma:			Firma:			
Nombre: PAEZ CARRERO ALEJANDRO			Nombre: RIVAS SANCHEZ LEIDY CRISTINA			

LA DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN  
CERTIFICA QUE:

Revisando el archivo de gestión documental se evidenció que la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., identificada con el Nit No. 900.958.564-9, suscribió con el(la) señor(a) LEIDY CRISTINA RIVAS SANCHEZ; identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1077452846 el Contrato(s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactandó las siguientes condiciones y especificaciones:

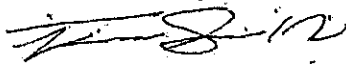
CONTRATO	7309 de 2022
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE APOYO A LA GESTIÓN, ASISTENCIAL
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 11.294.400
FECHA DE INICIO	2022-10-11
FECHA DE TERMINACIÓN	2023-01-31
FECHA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA	
PERFIL	ENFERMERO

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

- 1) Prestar servicios de acuerdo al perfil (Enfermera(o)) acorde con la Lex Artis, según necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E, de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSS), Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.
- 2) Realizar actividades de información, educación, comunicaciones encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria.
- 3) Registrar en la Historia Clínica toda la información del acto paramédico (procedimiento y cuidado de enfermería, de forma vezaz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas distintas a las internacionalmente aprobadas), simultánea o inmediatamente después de su realización, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolución 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique, sustituya).
- 4) Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de Enfermería y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.
- 5) Asegurar la correcta administración de medicamentos de acuerdo a la prescripción médica escrita, legible, correcta, actualizada de acuerdo al protocolo establecido por la Institución.
- 6) Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud.
- 7) Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, conforme lo establece la Ley 911 de 2014 o norma que la modifique, adicione o sustituya.
- 8) Realizar el seguimiento y custodia del carro de paro del servicio asignado de acuerdo al procedimiento y formatos institucionales
- 9) Hacer seguimiento de control y evaluación al personal auxiliar de enfermería de acuerdo a sus competencias y actividades del servicio; acorde con la Ley 911 de 2014 o norma que la modifique adicione o sustituya.
- 10) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.

De conformidad con lo pactado, no existió relación laboral entre el (la) contratista y la Subred Sur, dada la naturaleza del contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión, regulado por el estatuto General de Contratación de la Administración pública (Ley 80/1993 Art.32) y reglado en el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

Esta constancia se expide a solicitud del interesado(a), a los 13 días del mes de Enero de 2025.



**FRANCISCO ANTONIO GARZON HINCAPIE**  
Director Operativo - Contratación  
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

La presente certificación se expide con firma mecánica autorizada mediante resolución de gerencia de la Subred Integrada de servicios de Salud Sur E.S.E. No. 502 del 23 de abril de 2021

LA DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN  
CERTIFICA QUE:

Revisando el archivo de gestión documental se evidenció que la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., identificada con el Nit No. 900.958.564-9, suscribió con el(la) señor(a) LEIDY CRISTINA RIVAS SANCHEZ; identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1077452846 el Contrato(s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

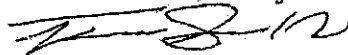
CONTRATO	2622 de 2023.
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE APOYO A LA GESTION ASISTENCIAL
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 14.411.280
FECHA DE INICIO	2023-02-01
FECHA DE TERMINACIÓN	2023-04-30
FECHA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA	
PERFIL	ENFERMERO

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

- Prestar servicios de acuerdo al perfil (Enfermera(o)), acorde con la Lex Artis, según necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E., de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSS), Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes
- Realizar actividades de información, educación, comunicación encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria.
- Registrar en la Historia Clínica toda la información del acto paramédico (procedimiento y cuidado de enfermería, de forma veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas distintas a las internacionalmente aprobadas), simultánea o inmediatamente después de su realización, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolución 1995-1999, 839-2017 norma que la modifique, sustituya)
- Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de enfermería y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.
- Asegurar la correcta administración de medicamentos de acuerdo a la prescripción médica escrita, legible, correcta, actualizada de acuerdo al protocolo establecido por la Institución
- Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud.
- Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, conforme lo establece la Ley 911 de 2014 o norma que la modifique, adicione o sustituya.
- Realizar el seguimiento y custodia del carro de paro del servicio asignado de acuerdo al procedimiento y formatos institucionales
- Hacer seguimiento de control y evaluación al personal auxiliar de enfermería de acuerdo a sus competencias y actividades del servicio, acorde con la Ley 911 de 2014 o norma que la modifique adicione o sustituya.
- Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales

De conformidad con lo pactado, no existió relación laboral entre el (la) contratista y la Subred Sur, dada la naturaleza del contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión, regulado por el estatuto General de Contratación de la Administración pública (Ley 80/1993 Art.32) y reglado en el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

Esta constancia se expide a solicitud del interesado(a), a los 13 días del mes de Enero de 2025.



**FRANCISCO ANTONIO GARZON HINCAPIÉ**  
Director Operativo - Contratación  
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

La presente certificación se expide con firma mecánica autorizada mediante resolución de gerencia de la Subred Integrada de servicios de Salud Sur E.S.E. No. 502 del 23 de abril de 2021

LA DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN  
CERTIFICA QUE:

Revisando el archivo de gestión documental se evidenció que la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., identificada con el Nit No. 900.958.564-9, suscribió con el(la) señor(a) LEIDY CRISTINA RIVAS SANCHEZ; identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1077452846 el Contrato(s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

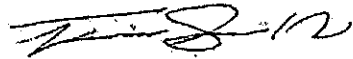
CONTRATO	6029 de 2024,
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE APOYO A LA GESTION ASISTENCIAL
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 14.144.820
FECHA DE INICIO	2024-06-24
FECHA DE TERMINACIÓN	2024-10-31
FECHA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA	-
PERFIL	ENFERMERO

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

- Prestar servicios de acuerdo al perfil (Enfermera(o)) acorde con la Lex Artis, según necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E. de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSS), Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.
- Realizar actividades de información, educación, comunicación encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud, a nivel individual, familiar y comunitaria.
- Registrar en la Historia Clínica toda la información del acto paramédico (procedimiento y cuidado de enfermería, de forma veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas distintas a las internacionalmente aprobadas), simultánea o inmediatamente después de su realización, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolución 1995-1999, 839-2017 norma que la modifique, sustituya).
- Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de enfermería y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.
- Asegurar la correcta administración de medicamentos de acuerdo a la prescripción médica escrita, legible, correcta, actualizada de acuerdo al protocolo establecido por la Institución.
- Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud.
- Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, conforme lo establece la Ley 911 de 2014 o norma que la modifique, adicione o sustituya.
- Realizar el seguimiento y custodia del carro de paro del servicio asignado de acuerdo al procedimiento y formatos institucionales.
- Hacer seguimiento de control y evaluación al personal auxiliar de enfermería de acuerdo a sus competencias y actividades del servicio, acorde con la Ley 911 de 2014 o norma que la modifique adicione o sustituya.
- Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.

De conformidad con lo pactado, no existió relación laboral entre el (la) contratista y la Subred Sur, dada la naturaleza del contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión, regulado por el estatuto General de Contratación de la Administración pública (Ley 80/1993 Art.32) y reglado en el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Esta constancia se expide a solicitud del interesado(a), a los 13 días del mes de Enero de 2025.



**FRANCISCO ANTONIO GARZON HINCAPIE**  
Director Operativo – Contratación  
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

La presente certificación se expide con firma mecánica autorizada mediante resolución de gerencia de la Subred Integrada de servicios de Salud Sur E.S.E. No. 502 del 23 de abril de 2021

# FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 : Educación No Formal.

## Hace Constar que: Leidy Cristina Rivas Sanchez

CC 1077452846 de Quibdó

Realizó y aprobó el Curso de Humanización en la Prestación de Servicios de Salud - Resolución 3100 -2019 con un total de 48 Horas.

Verificación:



Fecha de emisión: 2025-06-11  
Fecha de vencimiento: 2027-06-11



FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

verifique la autenticidad de su certificado en la página [www.fundacionnuestraesnoradelaesperanza.co](http://www.fundacionnuestraesnoradelaesperanza.co)

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

DEIBNE STEVENS BRAVO OBANDO  
Jefe de Enfermería  
TP 3208  
Docente.

ROSA GUZMAN  
ESP. Orientación Educativa y  
Desarrollo Humano  
Docente Especialista



Educación

**INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO**

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

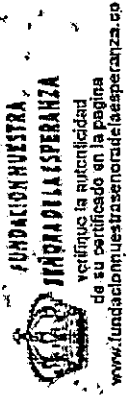
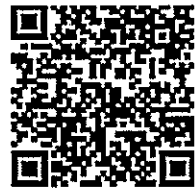
# *Hace Constar que: Leidy Cristina Rivas Sanchez*

## *CC 1077452846 de Quibdó*

Realizó y aprobó el Curso de Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2025-06-07  
Fecha de vencimiento: 2027-06-07

Verificación:



*[Signature]*  
FREDDY ARBEY HERNANDEZ  
CAMPUZANO  
Representante Legal.  
TP. No. 70976 - 051880. Copnia

*[Signature]*  
DEIBNE STEVENS BRAVO OBANDO  
Jefe de Enfermería.  
Nº 3206  
Docente.

*[Signature]*  
ROSA GUZMAN  
ESP. Orientación Educativa y  
Desarrollo Humano  
Docente Especialista



E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO

FORULARIO UNICO DE CONOCIMIENTO DE PERSONAS NATURALES Y JURIDICAS - SARLAFT

PROCESO CALIDAD

Código

CONTRA-F-1

Versión

V01-2025

Fecha de diligenciamiento: 29/10/2025 Ciudad: Bogotá Tipo de Solicitud:  Nuevo Actualización   Contratista

Clase de vinculación: Empleado  Proveedor servicios salud  Proveedor suministros  Contratista

**1. PERSONA NATURAL**

Apellidos: Rivas Sanchez Nombres: Ledy Cristina

CC  CE  RUT  Otro  Cuál  No  Fecha Nacimiento: 20/07/1997

Lugar de Nacimiento: Quibdó Nacionalidad: Colombiano Ocupación/Oficio: Enfermero

Profesión: Enfermero Teléfono: 3145422945 Celular: 3145422945

Dirección Residencia: Cll 65 665 Avará #77M-44 Municipio: Bogotá

Ingresos Mensuales: \$ 3.000.000 Egresos: \$ 3.000.000

Activos: \$ NA Pasivos: \$ 3.000.000

Patrimonio: \$ NA Otros Ingresos: \$ NA

Concepto otros Ingresos: NA

**2. PERSONA JURÍDICA**

Nombre o Razón Social: NA NIT: NA DV: NA

Tipo de Empresa: Pública  Privada  Mixta  Sector de la Economía: NA CIU:

Tipo de Contribuyente: Rég. Común  Gran Contribuyente  Otras Entidades: NA

Fecha de constitución Cámara de Comercio: dd/mm/aaaa Correo electrónico empresarial: NA

Dirección Oficina Principal: NA Municipio: NA Tél.: NA

Dirección Sucursal/Agencia: NA Municipio: NA Tél.: NA

Representante Legal: PRIMER APELLIDO / SEGUNDO APELLIDO / PRIMER NOMBRE / SEGUNDO NOMBRE

CC  CE  Otro  Cuál NA No. NA Fecha Nacimiento: dd/mm/aaaa

Identificación socios o accionistas que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aportes o participación (si requiere más espacio anexe relación)

ID	Número ID	Apellidos y Nombres	¿Por su actividad o cargo otros administra recursos públicos?	¿Por su actividad o cargo ejerce algún grado de poder público?	¿Por su actividad o cargo presta de reconocimiento público?	¿Está obligado a declaración tributaria en Países? Cuáles
<u>NA</u>	<u>NA</u>	<u>NA</u>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<u>NA</u>
			No <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	
			SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	
			No <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
			SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

Ingresos Mensuales: \$ NA Egresos: \$ NA

Activos: \$ NA Pasivos: \$ NA

Patrimonio: \$ NA Otros Ingresos: \$ NA

Concepto otros Ingresos: NA



**E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO**

**FORULARIO UNICO DE CONOCIMIENTO DE PERSONAS NATURALES Y JURIDICAS - SARLAFT**

**PROCESO CALIDAD**

**Código**

**CONTRA-F-1**

**Versión**

**V01-2025**

**3. PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA - PEP**

- ¿Por su cargo maneja recursos públicos? SI  No
- ¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? SI  No
- ¿Por su actividad u oficio goza usted de reconocimiento público general? SI  No
- ¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta? SI  No
- ¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países? SI  No

**4. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS**

Declaro expresamente que:

- 1 Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
- 2 La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente.
- 3 Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
- 4 Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio)

Origen: \_\_\_\_\_

**5. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES**

¿Realiza operaciones en moneda extranjera? SI  No  Importaciones  Exportaciones  Inversiones   
Transferencias  Otras  Indique otras operaciones \_\_\_\_\_

¿Posee productos financieros en el exterior? SI  No  Posee cuentas bancarias en moneda extranjera? SI  No

Tipo de producto	Identificación del producto	No. del producto	Monto \$	Ciudad	País	Moneda
NA	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	NA

**6. DECLARACIÓN DE NO ENCONTRARSE EN LISTAS NACIONALES O INTERNACIONALES PARA EL CONTROL LA/FT**

Con la suscripción de este formato declaro que no me encuentro en ninguna lista de las establecidas a nivel Nacional o Internacional para el control de lavado de activos o financiación del terrorismo; así mismo me responsabilizo entre la Empresa Social del Estado Hospital Nuestra Señora del Carmen de El Colegio, porque mis empleados, accionistas, miembro de junta directiva o junta de socios, representante legal y revisor fiscal, tampoco se encuentra en dichas listas y me comprometo a actualizar anualmente la información o en un tiempo menor en caso de que ocurra cambios en la información suministrada a la Empresa Social del Estado Hospital Nuestra Señora del Carmen de El Colegio.

Celular: 3107823161

Calle 6 N° 7-38/ Av. Medina N° 6-06

Email: [contactenos@eseelcolegio-cundinamarca.gov.co](mailto:contactenos@eseelcolegio-cundinamarca.gov.co)



**E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO**

**FORULARIO UNICO DE CONOCIMIENTO DE PERSONAS NATURALES Y JURIDICAS - SARLAFT**

**PROCESO CALIDAD**

**Código**

CONTRA-F-1

**Versión**

V01-2025

**10. INFORMACIÓN RESERVADA PARA LA ENTIDAD**

Recopilación y verificación de la información

- La Cédula de Ciudadanía coincide con el nombre suministrado  
 Se confirma los datos registrados en el formato

Verificación de las siguientes listas

- Lista Clinton  
 Lista SDN personas y empresas sancionadas por el gobierno de E.U.A.  
 Lista de los más buscados por Interpol  
 Antecedentes Judiciales  
 Policía Antecedentes Fiscales  
 Antecedentes Disciplinarios  
 Otra

En caso de alguna inconsistencia o coincidencia positiva en listas informar al Oficial de Cumplimiento

**ENCARGADO DE RECOPIRAR LA INFORMACIÓN**

**ENCARGADO DE VERIFICAR LA INFORMACIÓN**

Nombre

Tipo y Número de Documento

Cargo

Extensión

Fecha

dd / mm / aaaa

Hora

Tipo y Número de Documento

Cargo

Extensión

Fecha

dd / mm / aaaa

Hora



Celular: 3107823161

9 Calle 6 N° 7-38/ Av. Medina N° 6-06

Email: [contactenos@eseelcolegio-cundinamarca.gov.co](mailto:contactenos@eseelcolegio-cundinamarca.gov.co)



E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL  
COLEGIO

FORULARIO UNICO DE CONOCIMIENTO DE PERSONAS  
NATURALES Y JURIDICAS - SARLAFT

PROCESO CALIDAD

Código

CONTRA-F-1

Versión

V01-2025

#### 7. CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

Con la suscripción de este documento autorizo a la Empresa Social del Estado Hospital Nuestra Señora del Carmen de El Colegio:

1 Revelar mi información personal y de mis negocios, en caso de ser requerida por una autoridad competente en Colombia como la UIFAF o la Fiscalía General de la Nación.

2 Ser consultado en las bases de datos que permitan prevenir el lavado de activos y financiación del terrorismo.

Declaro que los recursos utilizados para el cumplimiento de las obligaciones a mi cargo, objeto del presente contrato no provienen ni provendrán de actividades ilícitas tales como el narcotráfico, terrorismo y financiamiento del terrorismo, lavado de activos, testaferrato, tráfico de estupefacientes o delitos contra el Orden constitucional, o que de alguna manera contravengan las leyes de la República, la moral o las buenas costumbres. Así mismo se obliga con la E.S.E. a implementar las medidas tendientes a evitar que sus operaciones puedan ser utilizadas sin su conocimiento y consentimiento como instrumento para el ocultamiento, manejo, inversión o aprovechamiento en cualquier forma de dinero u otros bienes provenientes de actividades delictivas o para dar apariencia de legalidad a estas actividades en virtud de esto, el cliente autoriza a ser consultado en base de datos.

La E.S.E. terminará de manera unilateral e inmediata el presente contrato, cuando el cliente, sus socios o accionistas y/o administradores llegaran a ser:

1 Vinculados por parte de las autoridades competentes a cualquier tipo de investigación por delitos de narcotráfico, terrorismo y financiación del terrorismo, lavado de activos, testaferrato, tráfico de estupefacientes o delitos contra el orden constitucional.

2 Sea vinculado en listas para el control de lavados de activos y financiación del terrorismo administradas por cualquier autoridad nacional o extranjera.

3 Sea condenado por parte de las autoridades competentes en cualquier tipo de proceso judicial relacionado con la comisión de delitos de igual o similar naturaleza a los indicados en esta cláusula.

El suscriptor de este documento, indemnizará y mantendrá libre de cualquier daño a la E.S.E. por cualquier multa o perjuicio que fueran probados y que sufra la E.S.E. por parte del suscripto de las obligaciones que apliquen en materia de prevención de riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo, así como cualquier reclamo judicial, extrajudicial y/o administrativo que autoridades competentes inicien en contra de la E.S.E. por o con ocasión de dicho incumplimiento. De igual manera el cliente se compromete a dar las explicaciones a que hubiere lugar originadas por el mencionado incumplimiento a la E.S.E. y a los terceros que éste le indique.

#### 8. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1 Fotocopia de documento de identidad de la persona natural o persona jurídica

2 Fotocopia del documento de identidad del Representante Legal

3 Certificado de existencia y representación legal con vigencia no superior a dos meses para personas jurídicas

#### 9. FIRMA Y HUELLA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento



  
FIRMA PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL

Celular: 3107823161

Calle 6 N° 7-38/ Av. Medina N° 6-06

Email: [contactenos@eseelcolegio-cundinamarca.gov.co](mailto:contactenos@eseelcolegio-cundinamarca.gov.co)



FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT: 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

# Hace Constar que: Leidy Cristina Rivas Sanchez

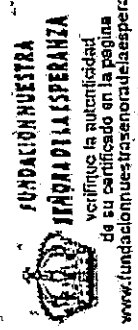
## CC 1077452846 de Quibdó

Realizó y aprobó el Curso Estrategia IAMI (Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia) con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2025-06-13

Fecha de vencimiento: 2027-06-13

Verificación:



*[Signature]*  
FREDDY ARBEY HERNANDEZ  
CAMPUZANO  
Representante Legal  
TR. No 70976 - 051880. Copnia

*[Signature]*  
DEIBE STEVENS BRAVO OBANDO  
Jefe de Enfermería  
CP 3206  
Docente.

*[Signature]*  
ROSA GUZMAN  
ESP. Orientación Educativa y  
Desarrollo Humano.  
Docente Especialista

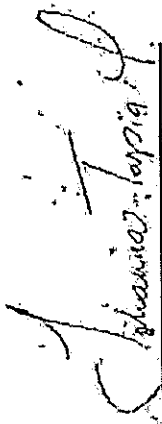
verifique la autenticidad  
de su certificado en la pagina  
[www.fundacionnuestra Señora de la Esperanza.co](http://www.fundacionnuestra Señora de la Esperanza.co)

# CERTIFICADA

## LA PARTICIPACIÓN DE

*Leidy Cristina Rivas Sánchez*

CC: 1077452846



Directora Administrativa  
**JOHANNA PAOLA TAPIA MARTINEZ**

En el Curso de: **ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GÉNERO  
CON ENFOQUE PSICOSOCIAL**  
Para: **Enfermera Profesional**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente de este Curso Teórico - Práctico,  
Quirón Centro de Entrenamiento en Salud SAS identificado con Nit: 901237169-2 matrícula mercantil N° 722.315,  
Licencia de funcionamiento N° 04757 de 2023, nombrado por la Secretaría de Educación-Institución para la  
educación y desarrollo del talento humano EDTH.

Basados en el marco del Decreto 1710 de 2020 y cumpliendo con la normatividad de la resolución 3100 del 2019.

Realizado el 29 del mes de marzo del 2024 con una intensidad de 80 Horas. Este certificado tiene vigencia de dos (2 años) a partir de su expedición.

Representante Legal  
**VICTOR HUGO ESTRADA PEDROZO**



VIGILADO MINEDUCACIÓN

Si desea validar la veracidad de este certificado, por favor comuníquese con nosotros o envíenos un email a [gerencia@quironcolombia.com](mailto:gerencia@quironcolombia.com)

Calle 45 No 14 - 29 Barranquilla : Cel: 322 721 1337

[www.quironcolombia.com](http://www.quironcolombia.com)



Creando Oportunidades

BBVA Colombia  
NIT 860.003.020-1  
Certifica

Que nuestro(a) cliente LEIDY CRISTINA RIVAS SANCHEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1,077,452,846 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 479003069 apertura el 22 de febrero de 2024 cuenta ACTIVA y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, el 29 de abril de 2025.

Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos: 0479003069  
Cuenta de 16 dígitos: 0479000200003069  
Cuenta de 20 dígitos: 00130479000200003069

Firma autográfica

Responsable servicio al cliente  
BBVA Colombia


*Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.*

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Escaneado con CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	Observaciones
Hepatitis B	1	2/02/10	3 8 8 1 1 Colan	ba
	2	3/03/10	3 8 8 2 - 1 Colan	ba
	3	27/03/10	3 1 1 3 1 0 5 7 Colan	ba
Antirrábica	1			
	2			
	3			
Influenza estacional	1			
	2			
Otras				

Escaneado con CamScanner


 La salud es de todos

**Certificado de vacunación del adulto**  
 Nombre: **Ledy Cristina Rivas Sanchez**  
 Domicilio: **C.C. 1 Pinar del Rio**  
 Fecha de expedición: **20 de octubre de 2010**

Número de identificación: **1097452842**  
 Fecha de registro: **26 de junio de 2010**

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	Actual	2/05/11	32302	PIPND
	Actual	25/08/23	2300014	JUDJ
Junsson	1	28/06/22	0191717	Junina Forns
	2	28/06/22	2080710	Corman pan
Covid 19 Junssc	1er Ref.	25/08/23	2026214	JUDJ
	2do Ref.			
Otras	1	25/08/23	2201410	JUDJ
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única	25/08/23	23030	JUDJ
	Única	20/08/12	13624	Corman
Fiebre Amarilla	1	21/03/12	2282224	JUDJ
	3	24/02/13	2231101	Corman
Tetóide Tetánica - Difterico (10)	1	22/08/22	020131000	JUDJ
	5	25/08/23	2232204	JUDJ
Tdap acelular	1			
	2			
Hepatitis B	1	21/07/10	33859	Corman
	2	21/07/10	28821	Corman
	3	27/08/18	143105	Corman

# FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT: 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaría de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

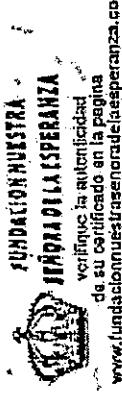
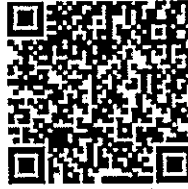
## Hace Constar que: Leidy Cristina Rivas Sanchez

CC 1077452846 de Quibdó

Realizó y aprobó el Curso Consejería en Lactancia Materna y Alimentación Complementaria.  
con un total de 48-Horas.

Fecha de emisión: 2025-06-09  
Fecha de vencimiento: 2027-06-09

Verificación:



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

DEIBNE STEVENS BRAVO OBANDO  
Jefe de Enfermería  
CP 3208  
Docente.

ROSA GUZMAN  
ESP. Orientación Educativa y  
Desarrollo Humano  
Docente Especialista

# CERTIFICA

## LA PARTICIPACIÓN DE

*Leidy Cristina Rivas Sánchez*

CC: 1077452846

En el Curso de: **GESTIÓN DE DUELO**

Para: **Enfermera Profesional**

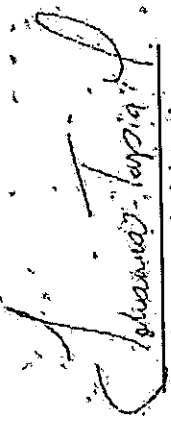
Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente de este Curso Teórico - Práctico.  
Quirón Centro de Entrenamiento en Salud SAS Identificado con Nit: 901237169-2 matrícula mercantil N°. 722.315.  
Licencia de funcionamiento N°. 04757 de 2023, nombrado por la Secretaría de Educación, institución para la educación y desarrollo del talento humano EDTH.

Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019

Realizado el 29 del mes de marzo del 2024 con una intensidad de 60 Horas. Este certificado tiene vigencia de dos (2 años) a partir de su expedición.

**VIGILADO MINEEDUCACIÓN**

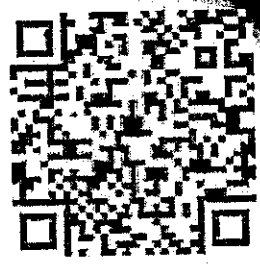
Si desea validar la veracidad de este certificado, por favor comuníquese con nosotros o envíenos un email a [gerencia@quironcolombia.com](mailto:gerencia@quironcolombia.com)  
Calle 45 No 14 - 29 Barranquilla · Cel: 322 721 1337  
[www.quironcolombia.com](http://www.quironcolombia.com)



Directora Administrativa  
**JOHANNA PAOLA TAPIA MARTINEZ**



Representante Legal  
**VICTOR HUGO ESTRADA PEDROZO**





# CERTIFICA

## LA PARTICIPACIÓN DE

*Leidy Cristina Rivas Sánchez*

CC: 1077452846

En el Curso de: **ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS**

Para: **Enfermera Profesional**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente de este Curso Teórico - Práctico. Quirón Centro de Entrenamiento en Salud SAS identificado con NIT: 901237169-2 matrícula mercantil N° 722.315. Licencia de funcionamiento N° 04757 de 2023, nombrado por la Secretaría de Educación institución para la educación y desarrollo del talento humano EDTH.

Basados en el marco del Resolución 1818 del 2019 y cumpliendo con la normatividad de la resolución 3100 del 2019.

Realizado el 29 del mes de marzo del 2024 con una intensidad de 80 Horas. Este certificado tiene vigencia de dos (2 años) a partir de su expedición.

*Johanna Tapia*

Directora Administrativa  
**JOHANNA PAOLA TAPIA MARTINEZ**

*[Signature]*

Representante Legal  
**VICTOR HUGO ESTRADA PEDROZO**



**VIGILADO MINEDUCACIÓN**

Si desea validar la veracidad de este certificado, por favor comuníquese con nosotros o envíenos un email a [gerencia@quironcolombia.com](mailto:gerencia@quironcolombia.com)

Calle 45 No 14 - 29 Barranquilla · Cel: 322 721 1337

[www.quironcolombia.com](http://www.quironcolombia.com)



FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

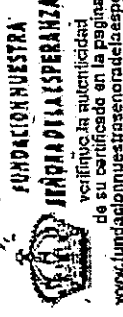
# Hace Constar que: Leidy Cristina Rivas Sanchez

## CC 1077452846 de Quibdó

Realizó y aprobó el Curso Diagnóstico y Manejo Clínico del Dengue con un total de 60 Horas.

Fecha de emisión: 2024-08-30  
Fecha de vencimiento: 2026-08-30

Verificación:



www.fundacionnuestraesnoradelasesperanza.co

*[Signature]*

FREDDY ARBEY HERNANDEZ  
CAMPUZANO  
Representante Legal  
TP-Nº. 70976 - 051860, Copnia

*[Signature]*

DEIBNE STEVENS BRAVO OBANDO  
Jefe de Enfermería  
RP 3206  
Docente

*[Signature]*

ROSA GUZMAN  
ESP. Orientación Educativa y  
Desarrollo Humano.  
Docente Especialista

Educación



# CERTIFICA LA PARTICIPACIÓN DE

*Leidy Cristina Rivas Sánchez*  
CC: 1077452846


  
Directora Administrativa  
**JOHANNA PAOLA TAPIA MARTINEZ**

En el Curso de: **ACLS - SOPORTE VITAL AVANZADO**

Para: **Enfermera Profesional**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente de este Curso Teórico - Práctico.  
Quirón Centro de Entrenamiento en Salud SAS identificado con NIT: 901237169-2 matrícula mercantil N° 722.315.  
Licencia de funcionamiento N° 04757 de 2023, nombrado por la Secretaría de Educación institución para la educación y desarrollo del talento humano EDTH.  
Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019

Realizado el 30 del mes de marzo del 2024 con una intensidad de 60 Horas. Este certificado tiene vigencia de dos (2 años) a partir de su expedición.

  
Representante Legal  
**VICTOR HUGO ESTRADA PEDROZO**



**VIGILADO MINEDUCACIÓN**

Si desea validar la veracidad de este certificado, por favor comuníquese con nosotros o envíenos un email a [gerencia@quironcolombia.com](mailto:gerencia@quironcolombia.com)  
Calle 45 No 14 - 29 Barranquilla • Cel: 322 721 1337  
[www.quironcolombia.com](http://www.quironcolombia.com)



# CERTIFICA

## LA PARTICIPACIÓN DE

*Leidy Cristina Rivas Sánchez*

CC: 1077452846

En el Curso de: **ACLS - SOPORTE VITAL AVANZADO**

Para: **Enfermera Profesional**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente de este Curso Teórico - Práctico. Quirón Centro de Entrenamiento en Salud SAS Identificado con Nit: 901237169-2 matrícula mercantil N°. 722.315. Licencia de funcionamiento N°. 04757 de 2023, nombrado por la Secretaría de Educación institución para la educación y desarrollo del talento humano EDTH.

Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019

Realizado el 30 del mes de marzo del 2024 con una intensidad de 60 Horas. Este certificado tiene vigencia de dos (2 años) a partir de su expedición.

VIGILADO MINEDUCACIÓN

Si desea validar la veracidad de este certificado, por favor comuníquese con nosotros o envíenos un email a [gerencia@quironcolombia.com](mailto:gerencia@quironcolombia.com)

Calle 45 No 14 - 29 Barranquilla - Cel: 322 721 1337

[www.quironcolombia.com](http://www.quironcolombia.com)

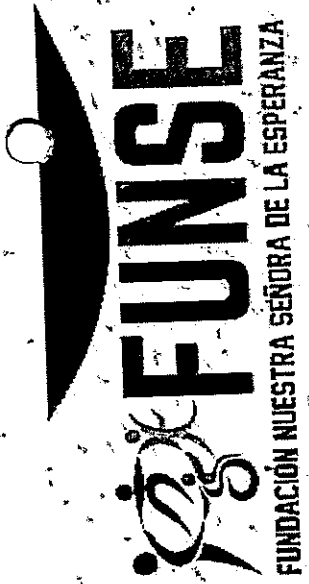
*Johanna Paola Tapia*

Directora Administrativa  
**JOHANNA PAOLA TAPIA MARTÍNEZ**

*[Signature]*

Representante Legal  
**VICTOR HUGO ESTRADA PEDROZO**





Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT: 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaría de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

# Hace Constar que: Leidy Cristina Rivas Sanchez

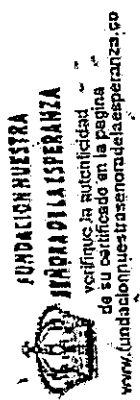
## CC 1077452846 de Quibdó

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

Fecha de emisión: 2025-05-05

Fecha de vencimiento: 2027-05-05

Verificación:



*[Signature]*  
FREDDY ARBEY HERNANDEZ  
CAMPUZANO  
Representante Legal  
Tp. No. 70976 - 051880 - Copnia

*[Signature]*  
DEIBE STEVENS BRAVO OBANDO  
Jefe de Enfermería  
Tp 3206  
Docente.

*[Signature]*  
ROSA GUZMAN  
ESP. Orientación Educativa y  
Desarrollo Humano.  
Docente-Especialista

verifique la autenticidad  
de su certificado en la página  
www.fundacionnuestraesnoradelaesperanza.co