| ESTUDIOS PREVIOS - CONTRATACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES | |
|---|---|
| SOLICITANTE: | E.S.E HOSPITAL LAUREANO PINO |
| RESPONSABLE: | GERENCIA |
| RUBRO | 24502099301920 Servicios de Enfermería |
| TIPO DE CONTRATO A CELEBRAR | PRESTACIÓN DE SERVICIOS |
| FUNDAMENTOS JURÍDICOS QUE SOPORTAN LA MODALIDAD DE SELECCIÓN | El Manual de Contratación de la ESE Hospital Laureano Pino, define que el Hospital podrá contratar directamente de acuerdo a la mínima cuantía del contrato (inferior a 300 SMLMV).<br>Además, la empresa puede contratar bajo la modalidad de contratación directa la prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión con la persona natural o jurídica que esté en capacidad de ejecutar el objeto del contrato, siempre y cuando la entidad verifique la idoneidad o experiencia requerida y relacionada con el área de que se trate.<br>De igual manera el Decreto 1082 de 2015, define: *"las entidades estatales pueden contratar bajo la modalidad de contratación directa, la prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión, con la persona que esté en capacidad de ejecutar el objeto del contrato; sin necesidad de obtener previamente varias ofertas"* |
| OBJETO | Prestación de servicios personales como Auxiliar de Enfermería en la ESE Hospital Laureano Pino |
| IDENTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD | Actualmente la ESE no cuenta en su planta de cargos con suficiente personal asistencial para hacer turnos y cubrir los servicios de hospitalización, urgencias, pyp y realizar las remisiones de pacientes en ambulancia, por lo tanto, surge la necesidad y la posibilidad de contratar los servicios personales de un auxiliar con el perfil requerido para hacer turnos de enfermería en el hospital. |
| JUSTIFICACIÓN | La E.S.E justifica la necesidad de contratar directamente los servicios de una persona que tenga conocimientos y experiencia como auxiliar de enfermería, para poder garantizar la prestación oportuna de los servicios en el área de urgencias, hospitalización y TAB.<br>La contratación de este servicio cuenta con la asignación presupuestal suficiente y en el rubro específico descrito en el contrato.<br>El hospital contrató directamente a Claudia Marcela Muñoz Monsalve, toda vez que cumple con los requisitos, el perfil y con la experiencia para desarrollar de manera eficiente el objeto general del contrato. |
| PLAZO | El contrato de Prestación de Servicios se ejecutará durante tres (03) meses y doce (12) días (del 19 de enero al 30 de abril de 2026), contados a partir del acta de inicio |
| CONVENIENCIA | Según lo expuesto, resulta conveniente la contratación técnica en los términos propuestos.<br>Se recomienda así aceptar el presente estudio de Oportunidad y Conveniencia en los términos y condiciones planteados y que están en concordancia con los principios de economía, eficiencia y eficacia. |
| CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS | OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:<br>- Desarrollar de manera oportuna el objeto del contrato, teniendo en cuenta las respectivas actividades que hacen parte integral de éste:<br>- Apoyar la labor de los médicos en los diferentes servicios.<br>- Contabilizar en el turno de la noche el stock de urgencias.<br>- Acompañar al paciente a un nivel superior de atención medica cuando requiera ser remitido en ambulancia, conforme a las normas establecidas para su remisión<br>- Realizar acciones de enfermería de baja y mediana complejidad asignadas según las normas y el plan de acción de enfermería de la institución.<br>- Preparar al paciente y colaborar en los medios de diagnóstico y tratamientos especiales.<br>- Dar atención de enfermería al paciente durante el tratamiento médico quirúrgico y administrar los medicamentos y cuidados al paciente de acuerdo con órdenes médicas de enfermería. |



San José de la Montaña (Ant) Carrera 21 # 15-11 NIT. 890.984.427-2
Cel: 3137338807 e-mail: hospitallaureanopino@gmail.com Página http://www.esehospitallaureanopino.gov.co/

| | | |
|---|---|---|
| | - Informar oportunamente al profesional responsable sobre situaciones de emergencia y riesgos que observe en los pacientes, familia, comunidad o medio ambiente.<br>- Diligenciar las historias clínicas de manera oportuna y completa, según la normatividad actual.<br>- Realizar funciones de facturación y caja de los pacientes atendidos en los servicios de hospitalización y urgencias en los horarios que no funcione la oficina de facturación y caja.<br>- Responder por el material, equipos y elementos a su cargo.<br>- Cumplir con políticas y normas de Bio-seguridad de la empresa.<br>- Asear y desinfectar el puesto de trabajo conforme al protocolo implementado en la E.S.E para aseo terminal. | |
| **LUGAR DE EJECUCIÓN** | E.S.E. Hospital Laureano Pino de San José de la Montaña | |
| **FORMA DE PAGO** | Orden de pago, previa presentación por parte del CONTRATISTA de la cuenta de cobro, el informe de actividades (cuadro de turnos), el pago de la seguridad social y el recibido a satisfacción por parte del supervisor del contrato. | |
| **VALOR DEL CONTRATO** | OCHO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($8.500.000) | |
| **QUIEN REALIZA LA EJECUCION DEL CONTRATO** | Persona que ofrezca sus servicios para el cumplimento de las funciones de la entidad y cumpla con la idoneidad para el cumplimiento del objeto del contrato. | |
| **SUPERVISOR** | Enfermera Jefe de la E.S.E. Hospital Laureano Pino | |
| **ANÁLISIS DE RIESGO** | No existe un mayor riesgo para la Entidad, en consideración al valor y forma de pago del contrato, puesto que su cancelación se hará una vez verificado el cumplimiento del objeto contractual. | |
| **GARANTÍAS** | No se exigirán garantías en este contrato, según lo dispuesto en el artículo 19 Capítulo V del Manual de Contratación de la ESE, dado que se trata de un contrato de mínima cuantía, bajo la modalidad de contratación directa, que además no supera los CINCUENTA (50) SMLMV y su pago se hace mes vencido.<br>De otro lado, teniendo en cuenta la autonomía de la voluntad en la contratación estatal, las normas de orden público, las buenas costumbres, el principio de la buena fe, al igual que los principios consagrados tanto en la Constitución como en Ley 80, ley 1150 y el Decreto 1082 de 2015, y a la duración fijada para el mismo, se estima que no existen riesgos que pudieran afectar el equilibrio contractual | |
| **APROBACIÓN** | **FUNCIONARIO RESPONSABLE O QUE EVIDENCIA LA NECESIDAD** | María Consuelo Díaz<br>**MARIA CONSUELO DIAZ PUERTA**<br>**Gerente E.S.E. Hospital Laureano Pino** |



San José de la Montaña (Ant) Carrera 21 # 15-11 NIT. 890.984.427-2
Cel: 3137338807 e-mail: hospitallaureanopino@gmail.com Página http://www.esehospitallaureanopino.gov.co/

San José de la Montaña, 16 de enero de 2026

Señores

E.S.E Hospital Laureano Pino

Municipio de San José de la Montaña

| | |
|---|---|
| Asunto: | Propuesta de prestación de servicios de Auxiliar de Enfermería |
| Presentada por: | Claudia Marcela Muñoz Monsalve |
| Plazo: | El tiempo que la entidad requiera de mis servicios |
| Objeto: | Prestar mis servicios de Auxiliar de Enfermería en la ESE Hospital Laureano Pino, brindando apoyo en el área asistencial y asumiendo de manera responsable cada tarea que me sea asignada |
| Parte Económica: | Se acordará con la Institución |

Atentamente,

Marcela Muñoz

CLAUDIA MARCELA MUÑOZ MONSALVE

C.C. 1.036.683.766

E.S.E.
HOSPITAL
LAUREANO
PINO

**E.S.E HOSPITAL LAUREANO PINO – SAN JOSÉ DE LA MONTAÑA**
**NIT: 890.984.427-2**

**CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL No. 24**

El Departamento Administrativo y Financiero de la ESE Hospital Laureano Pino

**CERTIFICA:**

Que en el Presupuesto de la Vigencia Fiscal de 2026 existe DISPONIBILIDAD para:

| CÓDIGO CCPET | DESCRIPCIÓN | VALOR |
|---|---|---|
| 24502099301920 | SERVICIOS DE ENFERMERÍA | $8.500.000 |

**Son:** OCHO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ML

**OBJETO:** PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LA ESE HOSPITAL LAUREANO PINO

**Solicitado por:** SUBDIRECTORA ADMINISTRATIVA

**Fecha de Expedición:** Enero 19 de 2026

María Consuelo Díaz
MARÍA CONSUELO DÍAZ PUERTA
Gerente

Paula R.
PAULA ANDREA RESTREPO LOPERA
Subdirectora Administrativa

| CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 23 | |
|---|---|
| CONTRATANTE | ESE HOSPITAL LAUREANO PINO DE SAN JOSÉ DE LA MONTAÑA |
| CONTRATISTA | CLAUDIA MARCELA MUÑOZ MONSALVE |
| CÉDULA | 1.036.683.766 |
| OBJETO | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA ESE HOSPITAL LAUREANO PINO |
| VALOR | $ 8.500.000 |
| PLAZO DE EJECUCION | TRES (03) MESES Y DOCE (12) DÍAS |
| LUGAR Y FECHA | SAN JOSÉ DE LA MONTAÑA 19 DE ENERO DE 2026 |

Entre los suscritos a saber, MARÍA CONSUELO DÍAZ PUERTA identificada con cédula de ciudadanía número 43.927.901 de Bello, quien actúa en nombre y representación de la ESE Hospital Laureano Pino de San José de la Montaña en su condición de Gerente, quien para efectos del presente contrato se llamará la ENTIDAD CONTRATANTE y CLAUDIA MARCELA MUÑOZ MONSALVE identificada con cédula de ciudadanía número 1.036.683.766 de Itagüí, quien en adelante se denominará el CONTRATISTA, se ha celebrado el contrato de prestación de servicios que se regirá por las siguientes cláusulas: PRIMERA. OBJETO. El objeto del presente contrato es la prestación de servicios personales como Auxiliar de Enfermería en la ESE Hospital Laureano Pino, de acuerdo a las siguientes actividades: *a) Apoyar la labor de los médicos en los diferentes servicios. b) Contabilizar en el turno de la noche el stock de urgencias. c) Acompañar al paciente a un nivel superior de atención medica cuando requiera ser remitido en ambulancia, conforme a las normas establecidas para su remisión. d) Realizar acciones de enfermería de baja y mediana complejidad asignadas según las normas y el plan de acción de enfermería de la institución. e) Preparar al paciente y colaborar en los medios de diagnóstico y tratamientos especiales. f) Dar atención de enfermería al paciente durante el tratamiento médico quirúrgico y administrar los medicamentos y cuidados al paciente de acuerdo con órdenes médicas de enfermería. g) Informar oportunamente al profesional responsable sobre situaciones de emergencia y riesgos que observe en los pacientes, familia, comunidad o medio ambiente. h) Diligenciar las historias clínicas de manera oportuna y completa, según la normatividad actual. i) Realizar funciones de facturación y caja de los pacientes atendidos en los servicios de hospitalización y urgencias en los horarios que no funcione la oficina de facturación y caja. j) Responder por el material, equipos y elementos a su cargo. k) Cumplir con políticas y normas de Bio-seguridad de la empresa. l) Asear y desinfectar el puesto de trabajo conforme al protocolo implementado en la E.S.E para aseo terminal.* SEGUNDA. DERECHOS Y DEBERES DE LAS PARTES. Serán los establecidos en el derecho privado. TERCERA. VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO. El valor del presente contrato se estima en la suma de OCHO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($8.500.000), que la ENTIDAD CONTRATANTE pagará al CONTRATISTA mediante órdenes de pago POR ACTAS DE AVANCE, previa presentación de la cuenta de cobro, el pago de la seguridad social integral y una vez se hayan recibido a satisfacción las obligaciones derivadas del objeto del contrato. CUARTA. ANTICIPO. LA

ENTIDAD CONTRATANTE No realizará ningún tipo de anticipo al CONTRATISTA. QUINTA. REAJUSTE DE PRECIOS. Se deja claramente establecido que el valor del contrato ha sido fijado teniendo en cuenta todos los costos directos e indirectos que el CONTRATISTA debe hacer para la ejecución de los trabajos objeto de este contrato, y por lo tanto comprenden todas las erogaciones hechas por el CONTRATISTA para llevarlos a cabo. En consecuencia, no habrá lugar al ajuste de precios. Igualmente se establece que la ENTIDAD CONTRATANTE no está obligada a reconocer ninguna indemnización a favor del CONTRATISTA por razón de pérdidas sufridas en la ejecución de este contrato. SEXTA. PLAZO DE EJECUCION Y VIGENCIA. El plazo de ejecución, es decir, el término durante el cual EL CONTRATISTA se compromete a prestar a entera satisfacción de la ENTIDAD CONTRATANTE los servicios objeto del contrato, será de tres (03) meses y doce (12) días contados a partir de la fecha de suscripción del presente contrato; la vigencia del contrato será el término del tiempo determinado para evaluar por parte de la ENTIDAD CONTRATANTE la ejecución contractual, adelantar las acciones necesarias para asegurar el cumplimiento del objeto contratado o imponer las sanciones en el evento contrario; este término se computará a partir de la fecha del perfeccionamiento del contrato, y contendrá el plazo de ejecución y cuatro (4) meses más. SEPTIMA. SUSPENSION TEMPORAL DEL CONTRATO. Las partes de común acuerdo podrán suspender temporalmente la ejecución del contrato, mediante un acta en donde conste tal evento, sin que para efectos del plazo extintivo se compute el tiempo de suspensión. OCTAVA. SUPERVISION. VIGILANCIA DEL CONTRATO. La supervisión del presente contrato será ejercida por LA ENTIDAD CONTRATANTE a través de la Enfermera Jefe, quien deberá controlar su correcta ejecución y cumplimiento. NOVENA. RELACION LABORAL. El presente contrato no genera relación laboral con EL CONTRATISTA y por lo tanto no habrá lugar al reconocimiento y pago de prestaciones sociales y de ningún tipo de emolumentos distintos al valor acordado en la cláusula tercera del mismo. DECIMA. SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES Y SEGURO DE VIDA COLECTIVO. Será por cuenta de EL CONTRATISTA el cumplimiento de todas las obligaciones por concepto de salarios, prestaciones sociales y seguridad social, en favor del personal vinculado en la ejecución del objeto del presente contrato, con fundamento en las normas legales vigentes en el momento de la celebración del contrato y de las que se expidan durante su vigencia, así como de las prestaciones extralegales que tenga pactadas o pacte con sus empleados en convenciones colectivas. UNDECIMA. SUJECION DE LOS PAGOS A LAS APROPIACIONES PRESUPUESTALES. El pago de los valores a que se compromete la ENTIDAD CONTRATANTE se subordinará a las apropiaciones presupuestales que para ese efecto se hagan con cargo al Presupuesto de Rentas y Gastos de la actual vigencia, Rubro presupuestal: 24502099301920 Servicios de Enfermería. DUODECIMA. CLAUSULA PENAL PECUNIARIA. En caso de incumplimiento de las obligaciones, parcial o total, por parte del CONTRATISTA, éste pagará a título de pena una suma equivalente al diez por ciento (10%) del valor del presente contrato, la que se podrá cobrar, previo requerimiento, con base en el presente documento, el cual prestará mérito ejecutivo, o se podrá hacer efectivo por parte de la ENTIDAD CONTRATANTE sobre el amparo de cumplimiento, constituido a través de la garantía única. DECIMOTERCERA. MULTAS. En caso de mora o de incumplimiento parcial de las obligaciones contractuales a cargo de EL CONTRATISTA, éste autoriza expresamente, mediante el presente documento a LA ENTIDAD CONTRATANTE para efectuar la tasación y cobro, previo requerimiento, de multas diarias sucesivas del uno por ciento (1%) del valor total del contrato, sin que éstas superen el diez por ciento (10%) del valor total del mismo. La Liquidación de las multas las efectuará el Interventor en las actas parciales de cumplimiento y en el acta final, según sea el momento en que se ocasionen, y su cobro se efectuará descontado el valor de las mismas en los pagos parciales y/o final, según sea el caso. En el evento de que no puedan ser descontadas oportunamente o no sean pagadas dentro del mes siguiente a su tasación, se incluirán en la liquidación efectuada, la



San José de la Montaña (Ant) Carrera 21 # 15-11 NIT. 890.984.427-2
Cel: 3137338807 e-mail: hospitallaureanopino@gmail.com Página http://www.esehospitallaureanopino.gov.co/

cual prestará mérito ejecutivo, y su cobro podrá efectuarse con cargo a la garantía de cumplimiento. De las multas tasadas, impuestas y cobradas, se informará a la Cámara de Comercio. DECIMOCUARTA. LIQUIDACION. La liquidación del contrato se hará de común acuerdo entre las partes contratantes, a más tardar dentro de los cuatro (4) meses siguientes a la finalización del contrato, o a la expedición del acto administrativo que ordene la terminación o a la fecha del acuerdo que la disponga. En la etapa de liquidación del contrato se acordarán los ajustes, revisiones y reconocimientos a que haya lugar. En el acta de liquidación constarán los acuerdos, conciliaciones y transacciones a que llegaren las partes para poner fin a las divergencias presentadas durante la ejecución del contrato. Si EL CONTRATISTA no se presentare a la liquidación o no allegare los documentos requeridos, o las partes no llegaren a un acuerdo sobre el contenido de la liquidación, ésta será practicada directa y unilateralmente por LA ENTIDAD CONTRATANTE y se adoptará mediante resolución motivada. DECIMOQUINTA. GARANTIA UNICA DE CUMPLIMIENTO. Teniendo en cuenta lo establecido en el Parágrafo del Artículo 19 Capítulo V del Manual de Contratación de la ESE, El CONTRATISTA NO otorgará a favor de la ENTIDAD CONTRATANTE garantía, ya que EL PRESENTE CONTRATO ES INFERIOR A 50 SMLMV y el pago se hace luego de recibido a satisfacción. DECIMOSEXTA. CESION DEL CONTRATO. El CONTRATISTA podrá ceder el presente contrato a persona natural o jurídica con el consentimiento previo de la ENTIDAD CONTRATANTE, el cual deberá constar por escrito. DECIMOSEPTIMA. JURAMENTO. INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES. El CONTRATISTA declara bajo la gravedad del juramento que no se halla incurso en ninguna de las Inhabilidades e Incompatibilidades previstas por la Constitución Nacional, artículos 127, 180-4, y 129 inciso 3°, Ley 05 de 1992, Decreto 1333 de 1986, Decreto 1713 de 1960, Ley 80 de 1993, artículos 8° y 9°. DECIMOCTAVA. DOCUMENTOS. Para todos los efectos legales se entienden incorporados al presente contrato los siguientes documentos: 1) Las especificaciones técnicas y/o estudios previos suministradas por la ENTIDAD CONTRATANTE, 2) La propuesta presentada por el contratista, 3) Certificado de disponibilidad presupuestal, 4) Las garantías otorgadas por el CONTRATISTA y aprobadas por la ENTIDAD CONTRATANTE, en los casos en que éstas apliquen, 5) Los demás documentos precontractuales que se suscriban y elaboren durante el desarrollo del contrato. DECIMONOVENA. DOMICILIO. Para la ejecución del presente contrato las partes acuerdan como domicilio el Municipio de San José de la Montaña.

Para constancia se firma por las partes luego de leído y aceptado, en San José de la Montaña, a los diecinueve (19) días del mes de enero de 2026.

María Consuelo Díaz
MARÍA CONSUELO DÍAZ PUERTA
Gerente Hospital

Marcela Muñoz
CLAUDIA MARCELA MUÑOZ MONSALVE
Contratista

E.S.E.
HOSPITAL
LAUREANO
PINO

**E.S.E HOSPITAL LAUREANO PINO – SAN JOSÉ DE LA MONTAÑA**
**NIT: 890.984.427-2**

## CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL DE COMPROMISO No. 24

El Suscrito Subdirector Administrativo y Financiero de la ESE Hospital Laureano Pino

**CERTIFICA:**

Que dentro del Presupuesto de la Vigencia Fiscal de 2026 ha quedado registrado presupuestalmente un compromiso que ampara los conceptos y valores que se relacionan a continuación:

| CÓDIGO CCPET | DESCRIPCIÓN | TERCERO | VALOR |
|---|---|---|---|
| 24502099301920 | SERVICIOS DE ENFERMERÍA | CÉDULA: 1.036.683.766 CLAUDIA MARCELA MUÑOZ MONSALVE | $8.500.000 |

**Son:** OCHO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ML

**Afectando la Disponibilidad No.: 24**
**Valor:** $8.500.000

**Para Atender:** PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LA ESE HOSPITAL LAUREANO PINO

**Elaborado por:** PAULA ANDREA RESTREPO LOPERA

**Fecha de Expedición:** Enero 19 de 2026

María Consuelo Díaz
MARÍA CONSUELO DÍAZ PUERTA
Gerente

Paula R.
PAULA ANDREA RESTREPO LOPERA
Subdirectora Administrativa

# ACTA DE INICIO

San José de la Montaña, 19 de enero de 2026

En la fecha señalada, se da inicio al Contrato celebrado entre la Empresa Social del Estado Hospital Laureano Pino de San José de la Montaña y Claudia Marcela Muñoz Monsalve identificada con cédula de ciudadanía número 1.036.683.766 de Itagüí, cuyo objeto, valor y plazo de ejecución se describen a continuación:

| | |
|---|---|
| OBJETO | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA ESE HOSPITAL LAUREANO PINO |
| VALOR | $ 8.500.000 |
| PLAZO DE EJECUCION | TRES (03) MESES Y DOCE (12) DÍAS |
| SUPERVISOR | ENFERMERA JEFE |

Para tal efecto, se verificó la existencia y expedición de los requisitos de ejecución:

a) Certificado de disponibilidad presupuestal y b) Certificado de registro y compromiso presupuestal.

No siendo más el objeto de la presente acta, se firma por quienes en ella intervinieron, luego de leída y aprobada.

María Consuelo Díaz
MARÍA CONSUELO DÍAZ PUERTA
Gerente Hospital

Marcela Muñoz
CLAUDIA MARCELA MUÑOZ MONSALVE
Contratista

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.036.683.766**

**MUÑOZ MONSALVE**
APELLIDOS

**CLAUDIA MARCELA**
NOMBRES

Claudia Marcela Muñoz
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-ENE-1999**
**SABANALARGA**
**(ANTIOQUIA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.67** | **O+** | **F** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**09-FEB-2017 ITAGUI**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-0115100-00890243-F-1036683766-20170322 0054391934A 2 47836368

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 14791359565

(415)7707212489984(8020) 000001479135956 5

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 3 6 6 8 3 7 6 6 | 5 | Impuestos de Medellín 1 1 | |

## 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 3 6 6 8 3 7 6 6 | |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Antioquia 0 5 | Itagui 3 6 0 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| MUÑOZ | MONSALVE | CLAUDIA | MARCELA |

35. Razón social

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

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Antioquia 0 5 | San José de la Montaña 6 5 8 |

41. Dirección principal: BRR San Miguel

42. Correo electrónico: cm057757@gmail.com

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

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

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

### 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 2 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

20- Obtención NIT

### 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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 2

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: MUÑOZ MONSALVE CLAUDIA MARCELA

985. Cargo: Contribuyente

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA ) | NOMBRES |
|---|---|---|
| Muñoz | Monsalve | Claudia Marcela. |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | SEXO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1036693766 | F (X) M ( ) | COL. (X) EXTRANJERO ( ) | Colombia |

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

**FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO**

FECHA DÍA 19 MES 01 AÑO 1999

PAÍS Colombia

DEPTO Antioquia

MUNICIPIO Sabaneta

**DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA**

Barrio San Miguel

PAÍS Colombia DEPTO Antioquia

MUNICIPIO San Jose de la Montaña

TELÉFONO 3113520367 EMAIL monsalvecm26@gmail.com

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

**EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA**

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

| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | | TÍTULO OBTENIDO: Bachiller Academicca |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | FECHA DE GRADO |
| 1o | 2o | 3o | 4o | 5o | 6o | 7o | 8o | 9o | 10 | MES 20 AÑO 2015 |
| | | | | | | | | | X | |

**EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)**

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
**TC** (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
**ES** (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

| MODALIDAD ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO SI | GRADUADO NO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN MES | TERMINACIÓN AÑO | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TC | 3 | X | | Tecnico Auxiliar en enfermeria | 05 | 2018 | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

**EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| | | | |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| | | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| | | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| ESE Hospital San Vicente Paul | X | | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Antioquia | Caldas | esehospitalcaldas.gov.co |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 604 4448061 | DÍA 01 MES 06 AÑO 2018 | DÍA 17 MES 10 AÑO 2020 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Aux. Enfermería | Asistencial. | carrera 48 No 135 sur 41 |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| | | | |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| | | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| | | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| | | | |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| | | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| | | |

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 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 | 4 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | | |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | | |
| **TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA** | 2 | 4 |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* 15-01-2026 San Jose de la Montaña.

Marcela Muñoz

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

## 6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

*Ciudad y fecha*

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

# ACTA DE CERTIFICACIÓN

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y
CENTRO DE SISTEMAS DE ANTIOQUIA
**CENSA**

Institución de Educación para El Trabajo y El Desarrollo Humano

Autorizada por la Secretaría de Educación de Medellín
Licencia de Funcionamiento según Resolución No. 08170 del 11 de septiembre de 2009.

En Acto de Certificación efectuado en el Municipio de Medellín, a los 25 días del mes de mayo de 2018, entregaron Certificación de Aptitud Ocupacional, con Registro de Programas según Resolución No. 14515 del 21 de Noviembre del 2013 y con intensidad horaria de 1800 horas teórico - prácticas como:

*Técnico Laboral por Competencias*

*Como*

*Auxiliar en Enfermería*

*A:*

*Claudia Marcela Muñoz Monsalve*
*Identificado (a) con C.C. 1.036.653.766*

El acto fue presidido por:

ALBERT CORREDOR GÓMEZ
*Presidente*

DIANA MARÍA ZAPATA RENDÓN
*Directora Académica*

LEIDY CATHERINE GIRALDO HENAO
*Secretaria Académica*

Registrado el 25 de mayo de 2018, en Acta General de Registro y Certificación No. 071-18, Folio No. 072, Numeral 20, Libro de Registro No 1, lo anterior de conformidad con la Ley 115 de 1994, Ley 1064 de 2006 y el Decreto 4904 de 2009 y el Acuerdo 024 del 2008

Libertad y Orden

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL Y EN SU NOMBRE

# EL CENTRO DE SISTEMAS DE ANTIOQUIA

# CENSA

INSTITUCION DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

[illegible]

**Teniendo en cuenta que**

## *Claudia Marcela Muñoz Monsalve*

Identificado (a) con C.C. o T.I. No. 1.036.683.766

Terminó satisfactoriamente el plan de estudios de 1800 horas teórico prácticas y demás requisitos reglamentarios, lo confiere el certificado de Aptitud Ocupacional como:

## *Técnico Laboral por Competencias en Auxiliar en Enfermería*

PRESIDENTE

SECRETARIA ACADÉMICA

GOBERNACION DE ANTIOQUIA
SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCION SOCIAL DE ANTIOQUIA
Resolución Nº 05-3111-18
Medellín 07/06/2018

DIRECTOR (A) ACADÉMICO (A)

Acta de certificación No. [illegible] Anotado al folio No. [illegible] libro de registro No. [illegible] dado en Medellín a los 25 días de Mayo de 2018

De conformidad con los articulos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) CLAUDIA MARCELA MUÑOZ MONSALVE identificado(a) con CC 1036683766 registra La siguiente información:

2026-01-15 7:03:01 PM

Información Académica

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| AUX | Local | TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA | 2018-06-07 | 5311118 | GOBERNACION DE ANTIOQUIA |

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).

DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA
GOBERNACION

# RESOLUCIÓN 05-3111-18

07/06/2018

POR MEDIO DEL CUAL SE CONCEDE UNA AUTORIZACIÓN

**LA SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL DE ANTIOQUIA**, en uso de Las atribuciones legales y en especial las conferidas por los Decretos No 1875 de 1994 y 1352 de 2000 Ley 1164 de 2007 y Decreto 4904 de 2009 del Ministerio de Salud y

CONSIDERANDO:

1. Que corresponde a las Seccionales de Salud, en su área de influencia, ejercer el control y vigilancia de los auxiliares y técnicos de la salud, mediante la autorización e inscripción de los certificados expedidos por las instituciones de educación para el trabajo y el desarrollo humano, para su debido desempeño.

2. Que **CLAUDIA MARCELA MUÑOZ MONSALVE**, con CC Nº 1036683766, solicitó la autorización e inscripción de su certificado de aptitud ocupacional como técnico laboral por competencias en: **AUXILIAR EN ENFERMERIA**, que le fue otorgado por EL CENTRO DE SISTEMAS DE ANTIOQUIA CENSA, en la fecha 25/05/2018.

RESUELVE:

**ARTICULO PRIMERO:** Autorizar a **CLAUDIA MARCELA MUÑOZ MONSALVE**, con CC Nº 1036683766 para desempeñarse como técnico laboral por competencias: AUXILIAR EN ENFERMERIA, en el territorio colombiano.

**ARTICULO SEGUNDO:** La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición y se inscribirá en el Registro Unico Nacional del Talento Humano en Salud (RETHUS).

NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE

Dada en Medellín, el 07/06/2018

CARLOS MARIO MONTOYA SERNA
Secretario Seccional de Salud y Protección Social

Proyectó: Luis S Orozco S

SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL
Calle 42 B 52 - 106 Piso 8, oficina - Teléfono: (4) 3838000
Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Línea de atención: 018000 419 00 00
Medellín - Colombia

**Departamento Administrativo de la Función Pública**

**FORMULARIO ÚNICO**
**DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA**
**PERSONA NATURAL**
(LEY 190 DE 1995)

| ENTIDAD RECEPTORA |
|---|
| |

## I. DECLARACIÓN JURAMENTADA

### 1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, Claudia Marcela Muñoz

IDENTIFICADO CON : C.C. [1] C.E. [2] OTRO [3] No. 1036683766 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN :

| DIRECCIÓN | TELÉFONOS |
|---|---|
| Barrio San Miguel | 3113520367 |

| MUNICIPIO | DEPARTAMENTO | PAIS |
|---|---|---|
| San José de la Montaña | Antioquia | Colombia |

Y TENIENDO COMO PARIENTES EN PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD (PADRES E HIJOS) A :

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | PARENTESCO |
|---|---|---|
| Emmanuel Jaramillo Muñoz | 1033503182 | Hijo |
| Jesus octavio Muñoz | 3565211 | Padre |
| Maria Monsalve | 21968557 | Madre. |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3o., DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESIÓN** [ ], **PARA RETIRARME** [ ], **PARA ACTUALIZACIÓN** [ ], **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** [ ], QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN :

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

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES | |
| CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS | |
| GASTOS DE REPRESENTACIÓN | |
| ARRIENDOS | |
| HONORARIOS | |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | |
| TOTAL | |

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

| ENTIDAD FINANCIERA | TIPO DE CUENTA | NÚMERO DE LA CUENTA | SEDE DE LA CUENTA | SALDO DE LA CUENTA |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes :

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACIÓN DEL BIEN | VALOR |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

## 1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

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

| ENTIDAD O PERSONA | CONCEPTO | VALOR |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

## 1.2 DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

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

| ENTIDAD O INSTITUCIÓN | CALIDAD DE MIEMBRO |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

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

| CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN | CALIDAD DE SOCIO |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

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

| NOMBRES Y APELLIDOS DEL CÓNYUGE | DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☐ C.E. ☐ OTRO ☐ | Nº |
|---|---|---|
| | | |

## 2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

| DETALLE DE LAS ACTIVIDADES | FORMA DE PARTICIPACIÓN |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

## 3. FIRMA

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

CIUDAD Y FECHA

Grupo semedic
Servicios de medicina laboral

# CONCEPTO MÉDICO

**Motivo de consulta:** Pre-ingreso

**Fecha de consulta:** 15/01/2026

## Información de la empresa

**Empresa:** PARTICULAR

**Empresa en misión:**

**Actividad económica de la empresa:**

**NIT:** 1000

## Información paciente

**Nombre completo:** Claudia Marcela Muñoz Monsalve

**Identificación:** CC: 1036683766

**Responsable:** Flor Muñoz

**Acompañante:** Ninguno

**Cargo:** Auxiliar De Enfermería

**Fecha nacimiento:** 19/01/1999

**Edad:** 26

**Genero:** Femenino

**Estado civil:** Soltero

**Escolaridad:** Técnica

**Teléfono:** 3113520367

**Dirección:** Antioquia, San josé de la montaña, Barrio San Miguel

**Nº hijos:** 1

**ARL:** No refiere

**EPS:** Nueva EPS

**AFP:** No refiere

**Peso:** 72.00 Kg

**Talla:** 167 Cm

**IMC:** 25.82

## Exámenes analizados

- **Examen medico ocupacional con énfasis osteomuscular .**

## Concepto de aptitud

Apto para la labor.

## Anexo

BUENAS CONDICIONES GENERALES.

INSTRUCCIONES GENERALES SOBRE HÁBITOS SALUDABLES

EN EL MOMENTO EL PACIENTE NO PRESENTA SINTOMATOLOGÍA RESPIRATORIA NI GASTROINTESTINAL. REALIZAR FRECUENTE LAVADO DE MANOS, Y BRINDAR INFORMACIÓN INMEDIATA EN CASO DE ALTERACIÓN EN SU ESTADO DE SALUD. ASISTENCIA A CAPACITACIONES. USO ADECUADO DE EPP. SE EXPLICA TIENE UNA RESPONSABILIDAD PARA TOMAR MEDIDAS DE AUTOCUIDADO REPORTANDO INFORMACIÓN CLARA Y VERAZ DE SU ESTADO DE SALUD, ASÍ COMO OBRAR FRENTE AL PRINCIPIO DE SOLIDARIDAD SOCIAL PARA PREVENIR LA PROPAGACIÓN DE ENFERMEDADES INFECTO CONTAGIOSAS.

## Recomendaciones generales

- Usar adecuadamente los elementos de protección personal.
- Hábitos de vida saludable: dieta balanceada y ejercicio diario por 30 minutos.
- Adecuada higiene postural.
- Seguir el manual vigente de higiene y seguridad industrial de la empresa.
- Reportar todo accidente o incidente que ocurra en el trabajo.
- Reportar las condiciones de trabajo que puedan ser generadoras de accidentes laborales.

## Sistema de vigilancia epidemiológico

Biomecánico; Psicosocial

Grupo semedic
Servicios de medicina laboral

**CARLOS ANDRES GONZALEZ CORREA**
**Cedula de ciudadanía:** 71750873
**Profesión:** Medico especialista en medicina laboral y del trabajo
**Registro:** 5042399-2020060002297

**Aspirante o trabajador**
Claudia Marcela Muñoz Monsalve
**Identificación:** CC: 1036683766

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

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

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 01:35:57 PM horas del 11/01/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1036683766**

Apellidos y Nombres: **MUÑOZ MONSALVE CLAUDIA MARCELA**

**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

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, 11/01/2026 01:39:01 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1036683766** y Nombre: **CLAUDIA MARCELA MUÑOZ MONSALVE.**

## 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. **132299928** . 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

# 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 17:17:01 horas del 15/01/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1036683766,** Apellidos y Nombres **MUÑOZ MONSALVE CLAUDIA MARCELA**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **claudia marcela muñoz monsalve**, con NIT **103668376-6** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

---

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

Área de Administración de Información Criminal

ENLACES DE INTERÉS

> Portal web DIJIN

> Consulta Antecedentes Judiciales

> Protección de Datos

SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES



© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN

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 domingo 11 de enero de 2026, a las 13:36:47, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1036683766 |
| Código de Verificación | 1036683766260111133647 |

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

## Consulta de antecedentes

Permite consultar los antecedentes disciplinarios, penales, contractuales, fiscales y de pérdida de investidura con solo digitar el número de identificación de la persona natural o jurídica.

Tipo de Identificación:

Cédula de ciudadanía

Número Identificación:

1036683766

¿ Cuanto es 2 X 3 ?

3

Consultar

### Datos del ciudadano

Señor(a) CLAUDIA MARCELA MUÑOZ MONSALVE identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 1036683766.

### 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: domingo, enero 11, 2026 - Hora de consulta: 13:36:15

---

**El certificado de antecedentes ordinario**, refleja las anotaciones de las sanciones impuestas en los últimos cinco (5) años, al cabo de los cuales, el sistema inacti automáticamente el registro salvo que la sanción supere dicho término, caso en el cual el antecedente se reflejará hasta que dicho término expire.

---

**El certificado de antecedente especial**, refleja todas las anotaciones que figuren en la base de datos, y se expide para acreditar requisitos de cuya elección, designación o nombramiento y posesión exige ausencia total o parcial de antecedentes.

---

Para ver este documento necesita Acrobat Reader. Si no lo tiene, haga clic aquí para descargarlo gratis.

Copyright © 2013. Procuraduría General de la Nación / Todos los derechos reservados
Desarrollado por: CDI Software Colombia
V.1.0.1

Por Robert Pinuda, para CDI Software, 2013

# Carné Digital de Vacunación Colombia

Salud

## Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 699fba4e-9a56-4004-9a2f-f0a62a29f5cb

Nombres y apellidos / Full name: CLAUDIA MARCELA MUÑOZ MONSALVE

Tipo de identificación / ID Type: CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number: 1036683766

Fecha de nacimiento / Date of birth:

País nacimiento / Country of birth: COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number: 3113520367

Correo electrónico / e-mail: CM057757@GMAIL.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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Día / Day | Mes / Month | Año / Year | | | | |
| TD Adulto | Primer Refuerzo | 3 | 6 | 2016 | | D2251 | SABANALARGA ESE H. San Pedro | |
| Hepatitis B Adultos Particular | Refuerzo | 7 | 7 | 2016 | | 1434024 | MEDELLIN SOMA Sociedad Medica Antioqueña S.A. | |
| Hepatitis B Adultos Particular | Primera | 24 | 2 | 2017 | | 1434026 | ITAGUI JK VACUNAMOS | |
| TD Adulto | Primera | 24 | 2 | 2017 | | D2277 | ITAGUI PROMEDAN IPS | |
| TdaP Acelular Gestante | Anual | 6 | 3 | 2020 | | AC37B295DB | MEDELLIN Clínica Universitaria Bolivariana IPS | Nancy de Jesus Vasco Villa |
| COVID JANSSEN | Única | 2 | 10 | 2021 | Janssen | 203F21A | BELLO ESE BELLO SALUD Hospital Rosalpi | LUIS GONZAGA SANCHEZ BETANCUR |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información **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.