FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
CALDERON	IMBAJOA	LIZED JOANNA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 69009703	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 03 MES 05 AÑO 1983	CALLE 10N 2 4 San Agustin			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	PUTUMAYO
DEPTO	PUTUMAYO	MUNICIPIO	MOCOA		
MUNICIPIO	MOCOA	TELÉFONO	3223892692	EMAIL	lizedcalderon1983@hotmail.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		EDUCACION MEDIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	1999
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) **TR_DES** (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
ESCUELA COLOMBIANA DE CIENCIAS EN SALUD	EDUCACIÓN INFORMAL	1800	X		APTITUD OCUPACIONAL TECNICO EL AUXILIAR DE ENFERMERIA	11	2004

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
ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	1	X		HIGIENE DE MANOS (COVID - 19)	02	2023
Organización Panamericana de la Salud	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	3	X		Comunicación sobre vacunación segura: Orientaciones para apoyar al personal de salud	06	2023
FUNCION PUBLICA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO		X		MIPG VERSION II (2021)	12	2023
Salud Ser R&J S.A.S.	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	20	X		ATENCIÓN Y REPARACIÓN INTEGRAL DE VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO	04	2024
Salud Ser R&J S.A.S.	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	20	X		ATENCION ESPECIAL A POBLACION CON DISCAPACIDAD	04	2024
Organización Panamericana de la Salud	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	20	X		Diagnóstico y manejo clínico del dengue	12	2024
Organización Panamericana de la Salud	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	7	X		Conceptos básicos en inmunización para trabajadores de salud	03	2025
ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	20	X		Curso virtual para gerentes del Programa Ampliado de inmunización - Enfermedades Prevenibles por Vacunación	03	2025
Organizacion Panamericana de la Salud	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	7	X		Curso virtual para gerentes del Programa Ampliado de inmunización - Vigilancia y sistemas de información	04	2025
El Servicio Nacional De Aprendizaje SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		HUMANIZACION DE LA ATENCION EN SALUD	09	2025
Salud Ser R&J S.A.S.	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		GESTION DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCION MATERNO PERINATAL	09	2025
Certieducación	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	45	X		CALIDAD EN LA ATENCIÓN Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	09	2025
Certieducación	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	45	X		SOPORTE VITAL BÁSICO (BLS)	09	2025
Certieducación	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	45	X		TOMA, TRANSPORTE Y CONSERVACIÓN DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO (TML)	09	2025
Organización Panamericana de la Salud	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		Gerencia del Programa Ampliado de inmunización	09	2025
Certieducación	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	45	X		ATENCION INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL (VVS)	09	2025
Salud Ser R&J S.A.S.	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		GESTION DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCION PARA LA PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD	09	2025

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ - MOCOA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO PUTUMAYO	*MUNICIPIO* MOCOA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4296056	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	17	*Mes*	01	*Año*	2023	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA DE SALUD	*DEPENDENCIA* AREA VACUNACION						*DIRECCIÓN* CALLE 14 7 26 AVENIDA SAN FRANCISCO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ - MOCOA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO PUTUMAYO	*MUNICIPIO* MOCOA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3167825970	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA DE SALUD	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION						*DIRECCIÓN* - AVENIDA SAN FRANCISCO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ - MOCOA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO PUTUMAYO	*MUNICIPIO* MOCOA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3167825970	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2021	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA DE SALUD	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION						*DIRECCIÓN* - AVENIDA SAN FRANCISCO					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ - MOCOA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍ* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO PUTUMAYO	*MUNICIPIO* MOCOA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3167825970	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	09	*Año*	2021	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA DE SALUD	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION						*DIRECCIÓN* - AVENIDA SAN FRANCISCO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ - MOCOA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍ* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO PUTUMAYO	*MUNICIPIO* MOCOA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3167825970	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	2021	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA DE SALUD	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION						*DIRECCIÓN* - AVENIDA SAN FRANCISCO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ - MOCOA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍ* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO PUTUMAYO	*MUNICIPIO* MOCOA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3167825970	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	06	*Año*	2021	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA DE SALUD	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION						*DIRECCIÓN* - AVENIDA SAN FRANCISCO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ - MOCOA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍ* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO PUTUMAYO	*MUNICIPIO* MOCOA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3167825970	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	02	*Año*	2021	*Día*	15	*Mes*	04	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA DE SALUD	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION						*DIRECCIÓN* - AVENIDA SAN FRANCISCO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ - MOCOA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍ* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO PUTUMAYO	*MUNICIPIO* MOCOA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3167825970	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	06	*Año*	2020	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA DE SALUD	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION						*DIRECCIÓN* calle 14 # 7 - 26 Avenida San Francisco					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ - MOCOA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍ* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO PUTUMAYO		*MUNICIPIO* MOCOA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3167825970		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2020	*Día*	30	*Mes*	05	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA DE SALUD		*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION					*DIRECCIÓN* - AVENIDA SAN FRANCISCO					

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	3	5
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento _____

_____

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*

El Ministerio de Educación Nacional

La Secretaría de Educación y Cultura del Putumayo
y en su nombre el

Colegio Empresarial de los Andes

Aprobación de Estudios: Resolución 0327 de 1999
y teniendo en cuenta que:

Lized Joanna Calderon Imbajoa

Con T.I. 06057 De: Mocoa

Alcanzó satisfactoriamente los logros propuestos en el Plan de Estudios del Proyecto Educativo Institucional (P.E.I) para el Nivel de Educación Básica Secundaria y Media Vocacional en Ciclos Lectivos Especiales Integrados, acorde con la Ley General de Educación 115 y Decretos Reglamentarios 1860 de 1994 y 3011 de 1997, y según acuerdo de la Comisión de Evaluación y Promoción, le otorga el Título de:

Bachiller Empresarial

Libro de Registro No. 1 Folio No. 7

Dado en Mocoa a los 18 días del mes de Diciembre de 1999

COLEGIO EMPRESARIAL DE LOS ANDES
RECTOR

Rector

COLEGIO EMPRESARIAL DE LOS ANDES
SECRETARIA

Secretaria Académica

Colegio Empresarial de los Andes

Aprobación de Estudios Resolución 688 de 1999 de la
Secretaría de Educación y Cultura del Putumayo
Neiva calle 6 No. 4-36 Tel: 712601, Pitalito Cra. 2 No. 1-27 Tel: 360699
La Plata Cra. 3 No. 7-63 Tel: 376254
Mocoa C.D. El Progreso Tel: 4502632

Acta de Graduación No. _____ de _____

El dia 18 de DICIEMBRE de 1999 se reunieron los directivos del plantel con el fin de estudiar el otorgamiento del título de Bachiller a los estudiantes que terminaron el Segundo (2) Ciclo Lectivo Especial Integrado (grado undécimo) de la educación Media de Jóvenes y Adultos, según la Ley 115 de 1994 y Decretos 1860 de 1994 y 3011 de 1997.

Que revisada la Ficha Académica de cada uno de los estudiantes y teniendo en cuenta, el concepto de la Comisión de Evaluación y Promoción, se decidió otorgar el Titulo de Bachiller a: LIZED JOANNA CALDERON IMBAJOA

con T.I. No. 06057 de MOCOA por haber alcanzado satisfactoriamente los logros propuestos, para los niveles de la Educación Básica Secundaria y Media, en el Proyecto Educativo Institucional (P.E.I.)

Tomado del libro de Registro de Actas de Graduación No. 001 folio 07.

Dado en Mocoa a los 18 dias del mes de diciembre de 1999.

Rector

Secretaria Académica

Fundacion Huellas
NIT. 900.445.971 - 1

Mocoa, enero de 2026

Señores
ALCALDÍA DE MOCOA
Calle 7 No. 6-42 B/Centro

Referencia: Manifestación de interés y disponibilidad como integrante de la propuesta presentada por FUNDACIÓN HUELLAS.

YO, MARTHA MILENA CABEZAS CERO MECA,, de acuerdo a las condiciones establecidas en el proyecto denominado "APOYO A LA ATENCION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DÍA DEL MUNICIPIO DE MOCOA DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO."Presento mi hoja de vida e interes de participar como Auxiliar de Enfermeria, para la ejecución del convenio de asociación, resultante del proceso de la referencia.

Atentamente,

Martha Cabezas Ceromeca.
MARTHA MILENA CABEZAS CERO MECA,

C.C.69.009.232 de Mocoa

Calle 14 N° 7-37 B/ Olímpico Mocoa Putumayo
CELULAR 3219089277
Fundacionhuellas01@gmail.com

FORMATO COMPLETO

Libertad y Orden

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
Cabezas	Ceromeca	Martha Milena

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 69009232	F ⊗ M ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 20 MES 10 AÑO 1979

PAIS COLOMBIA

DEPTO PUTUMAYO

MUNICIPIO MOCOA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Inspecci?n de Puerto Lim?n casa Restrepo

PAÍS COLOMBIA DEPTO PUTUMAYO

MUNICIPIO MOCOA

TELÉFONO 310808 EMAIL milenak027@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2007

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

SIRJA CONSIGNE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

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

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

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

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO
PRESENCIAL	FUNDACION BANCA DE INFORMACION Y SERVICIOS	EDUCACION PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	FORMACION CONTINUA EN EL PROGRAMA DE ATENCIO PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VICTIMAS DE CONFLICTO ARMADO PARA PERSONAL DE SALUD	07	2022
PRESENCIAL	FUNDACION BANCA DE INFORMACION Y SERVICIOS	EDUCACION PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	FORMACION CONTINUA EN ATENCION ESPECIAL A POBLACION CON DISCAPACIDAD PARA PERSONAL DE SALUD	07	2022
PRESENCIAL	FUNDACION BANCA DE INFORMACION Y SERVICIOS	EDUCACION PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	FORMACION CONTINUA EN LA CALIDAD Y HUMANIZACION EN LOS SERVICIOS DE SALUD	07	2022
PRESENCIAL	FUNDACION BANCA DE	EDUCACION PARA EL TRABAJO Y	FORMACION CONTINUA EN SOPORTE	07	2022

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO
PRESENCIAL	FUNDACION BANCA DE INFORMACION Y SERVICIOS	EDUCACION PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	FORMACION CONTINUA EN LA DETECCION TEMPRANA DE CANCER DE CUELLO UTERINO Y TOMA DE CITOLOGIA DE CUELLO UTERINO	07	2022
PRESENCIAL	FUNDACION BANCA DE INFORMACION Y SERVICIOS	EDUCACION PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	FORMACION CONTINUA EN LA ATENCION A PERSONAS VICTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUIMICOS PARA PERSONAL DE SALUD	07	2022
PRESENCIAL	FUNDACION BANCA DE INFORMACION Y SERVICIOS	EDUCACION PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	FORMACION EN ACCION Y TRATAMIENTO EN SALUD MENTAL Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS PARA PERSONAL DE SALUD	07	2022
PRESENCIAL	FUNDACION BANCA DE INFORMACION Y SERVICIOS	EDUCACION PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	FORMA CONTINUA EN LAS BUENAS PRACTICAS EN LA TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO PARA PERSONAL DE SALUD	07	2022
PRESENCIAL	FUNDACION BANCA DE INFORMACION Y SERVICIOS	EDUCACION PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	FORMACION CONTINUA EN LA ATENCION INTEGRAL EN SALUD DE LAS PERSONAS VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	07	2022
PRESENCIAL	ECSALUD	EDUCACION PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	AUXILIAR EN ENFERMERIA	11	2011

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

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ - MOCOA			PÚBLICA: X		PRIVADA:		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: PUTUMAYO	MUNICIPIO: MOCOA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	19	Mes	01	Año	2023	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL: AUXILIAR AREA DE SALUD	DEPENDENCIA: AUXILIAR DE ENFERMERIA						DIRECCIÓN: CALLE 14 - 7 26 Avenida Sanfrancisco					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ - MOCOA			PÚBLICA: X		PRIVADA:		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: PUTUMAYO	MUNICIPIO: MOCOA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS: 4296056	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	01	Mes	11	Año	2022	Día	31	Mes	12	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL: AUXILIAR AREA DE SALUD	DEPENDENCIA: AUXILIAR DE ENFERMERIA						DIRECCIÓN: CALLE 14 - 7 26 avenida sanfrancisco b/ obrero					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ - MOCOA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO PUTUMAYO	*MUNICIPIO* MOCOA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4296056	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA DE SALUD	*DEPENDENCIA* AUXILIAR DE ENFERMERIA						*DIRECCIÓN* CALLE 14 - 7 26 avenida sanfrancisco b/ obrero					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ - MOCOA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO PUTUMAYO	*MUNICIPIO* MOCOA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4296056	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	08	*Año*	2022	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA DE SALUD	*DEPENDENCIA* AUXILIAR DE ENFERMEIRA						*DIRECCIÓN* CALLE 14 - 7 26 avenida san francisco b/ obrero					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ - MOCOA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO PUTUMAYO	*MUNICIPIO* MOCOA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4296056	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA DE SALUD	*DEPENDENCIA* AUXILIAR DE ENFERMEIRA						*DIRECCIÓN* CALLE 14 - 7 26 avenida sanfrancisco b/ obrero					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ - MOCOA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO PUTUMAYO	*MUNICIPIO* MOCOA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4296056	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2022	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA DE SALUD	*DEPENDENCIA* AUXILIAR DE ENEFERMERIA						*DIRECCIÓN* CALLE 14 - 7 26 avenida sanfrancisco b/ obrero					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ - MOCOA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO PUTUMAYO	*MUNICIPIO* MOCOA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4296056	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA DE SALUD	*DEPENDENCIA* AUXILIAR DE ENEFERMERIA						*DIRECCIÓN* CALLE 14 - 7 26 avenida sanfrancisco b/ obrero					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ - MOCOA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
PUTUMAYO	MOCOA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
4296056	Día	01	Mes	12	Año	2021	Día	31	Mes	12	Año	2021

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR AREA DE SALUD	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CALLE 14 - 7 26 avenida sanfrancisco b/ obrero

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ - MOCOA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
PUTUMAYO	MOCOA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
4296056	Día	01	Mes	10	Año	2021	Día	30	Mes	11	Año	2021

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR AREA DE SALUD	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CALLE 14 - 7 26 avenida sanfrancisco b/ obrero

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ - MOCOA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
PUTUMAYO	MOCOA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
4296056	Día	02	Mes	09	Año	2021	Día	30	Mes	09	Año	2021

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR AREA DE SALUD	AUXILIAR DE ENEFERMERIA	CALLE 14 - 7 26 avenida sanfrancisco b/ obrero

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ - MOCOA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
PUTUMAYO	MOCOA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
4296056	Día	01	Mes	07	Año	2021	Día	31	Mes	08	Año	2021

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR AREA SALUD	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CALLE 14 - 7 26 avenida sanfrancisco b/ obrero

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ - MOCOA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
PUTUMAYO	MOCOA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
4296056	Día	01	Mes	04	Año	2021	Día	30	Mes	06	Año	2021

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR AREA DE SALUD	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CALLE 14 - 7 26 avanida sanfrancisco b/ obrero

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ - MOCOA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO PUTUMAYO	*MUNICIPIO* MOCOA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4296056	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año* 2021	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA DE SALUD	*DEPENDENCIA* AUXILIAR ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* CALLE 14 - 7 26 Avenida Sanfrancisco Barrio Obrero					

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	3	7
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	3	7

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

ESCUELA COLOMBIANA DE CIENCIAS EN SALUD

ECSALUD

Líderes en Educación

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEPARTAMENTAL
Instituto de Educación No Formal

ESCUELA COLOMBIANA DE CIENCIAS EN SALUD
ECSALUD

Con la autorización oficial según Res. No. 0021 del día 16 del mes 01 del año 2001 de la Secretaría de Educación del Departamento del PUTUMAYO y Acuerdo Ejecutivo No. 042 del Ministerio de Salud.

TENIENDO EN CUENTA QUE

Lized Joanna Calderón Imbajoa

C.C.69'009.703de MOCOA (P.)

Cursó y Aprobó el Programa de Estudio y le confiere el Certificado de:

Aptitud Ocupacional Técnico en Auxiliar de Enfermería

Realizado en la ciudad de MOCOA con una intensidad horaria total de 1.800 Horas.
Dado en MOCOA a los 12 días del mes de Noviembre del año 2004

DIRECTOR GENERAL

DIRECCION GENERAL

DIRECTOR ACADEMICO

COORDINACION ACADEMICA

Acta de Grado No. 009 Fecha 12-11-2004 Libro de Registro 01 Fólio No. 009

ACTA DE CERTIFICACION No. 009

El Director y Secretaria de la Escuela Colombiana de Ciencias en Salud ECSALUD, aprobada según Acuerdo Ejecutivo No 42 del 24 de octubre del 2000 emanado del Comité Ejecutivo Nacional del Ministerio de Salud y Resolución No. 0021 de la Secretaria de Educación del Departamento del Putumayo.

CERTIFICAN

Que el día veintitrés (23) de Octubre de 2004, siendo las 8:00 de la mañana se reunió el Consejo de Dirección de ECSALUD, para otorgar el CERTIFICADO de:

APTITUD OCUPACIONAL TÉCNICO EN

AUXILIAR DE ENFERMERIA A:

LIZED JOANNA CALDERON IMBAJOA
C.C. 69.009.703 de Mocoa - Putumayo

Quien terminó satisfactoriamente sus estudios en el presente año. Este Certificado se otorga en atención a que la Alumna curso y aprobó en ECSALUD, el programa de Formación de Auxiliares de Enfermería de acuerdo a las normas emanadas por el Ministerio de Salud.

Presidió la reunión la Directora General OMAIRA MARISOL GRIJALBA

Dado en Mocoa, a los Doce (12) días del mes de Noviembre del año 2004.

Directora General

DIRECCION GENERAL

Secretaria

REPÚBLICA DE COLOMBIA
GOBERNACIÓN DEL PUTUMAYO
"Gobierno de la Unidad Putumayense"
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

Te Llevo en mi Putumayo

RESOLUCION NÚMERO 86 - 000232 DE 2011
(19/Septiembre/ 2011)

Por la cual se concede una autorización para el ejercicio de auxiliar

EL SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL PUTUMAYO
En cumplimiento del Decreto No.1875 de Agosto de 1994 y Decreto 1352 de Julio de 2000 y

CONSIDERANDO:

Que **LISED JOANNA CALDERON IMBAJOA,** identificada con cédula de ciudadanía 69.009.703 expedida en Mocoa, ha solicitado la autorización del ejerció de **Auxiliar de Enfermería**, titulo que le otorgó el Escuela Colombiana de Salud ECSALUD, según Acta de certificación número 009, de fecha doce (12) de noviembre de 2004.

Que dicho titulo se encuentra registrado con el libro de registro No. 01 folio No. 009 de ECSALUD, Mocoa Putumayo.

R E S U E L V E:

ARTÍCULO PRIMERO: Autorizar a **LISED JOANNA CALDERON IMBAJOA** identificada con cédula de ciudadanía 69.009.703 expedida en Mocoa, para ejercer la Profesión **Auxiliar de Enfermería**, a en todo el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde se autorizó el título, la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaria de Salud del Departamento donde va a laborar, con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

Comuníquese, notifíquese y cúmplase
Dada en Mocoa, el día, **(19/Septiembre/ 2011)**



MANUEL JAIR ZUÑIGA BRAVO
Secretario de Salud Departamental

Proyecto Felipe Pantoja
Téc Operativo P S

Reviso Fairuz Mustafá
P E Prestación de Servicios de salud

Certieducación
NIT: 1069731024-5

Bajo el Código Único Interno A09A25EXP5502 certifica que

Lized Joanna Calderon Imbajoa

Con **Cédula de Ciudadanía N. 69009703**

Finalizó exitosamente el curso de

SOPORTE VITAL BÁSICO (BLS)

con 45 horas de intensidad y un año de vigencia
a partir del día **25** de **SEPTIEMBRE** de **2025**

Puedes verificar la validez de este certificado

www.certieducacion.com
321 219 95 93

Alejandra Pinilla

Representante Legal
NIT: 1069731024-5

Profesional en Salud
RM 1010012384

El presente certificado se expide bajo el marco normativo de la educación informal y no conduce a título alguno o certificado de aptitud ocupacional.
Puedes conocer toda la normativa que se cumple en este certificado desde www.certieducacion.com/legalidad/

Salud Ser R&J S.A.S.
"Conocimiento que salva vidas"
NIT. 901265151-1

Hace Constar que

LIZED JOANNA CALDERON IMBAJOA

Identificado(a) con CC. **69009703**

Asistió al curso en:

GESTION DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCION PARA LA PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

Para constancia se firma en la ciudad de Mocoa-Putumayo, el día 26/09/2025

Con una intensidad horario de cuarenta (40) horas

Esta capacitación no requiere registro por parte de la Secretaría de Educación de la Entidad Territorial Certificada, **IMPARTIMOS EDUCACIÓN INFORMAL**, con una duración inferior 160 horas según decreto 4909 de 2009, capitulo 5 numeral 5.8 y decreto Nal. 1075 de 2015, titulo 6 articulo 2.6.6.8 del Ministerio e Educación Nacional, por lo cual no conduce a titulo alguno o certificado de aptitud ocupacional.

GLORIA LUCELY QUINCHOA
CC. 1.124.312.607
Representante Legal

MD. RUBY JAJOY
CC. 52.515.446 Especialista Auditoria en Salud, Epidemiología, Alta Gerencia - GSST-Magister en Salud Publica y Desarrollo Social -Coordinadora Científica

Valido hasta: 26 de septiembre 2027

Mocoa - Putumayo - Colombia

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *	Número de Identificación *	Primer Nombre	Primer Apellido
Cedula de Ciudadania	69009703	LISED	CALDERON

Confirme los números de la Imagen *

5439

Cambiar

2332

Resultado General -2025-09-25--11:48:48 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	69009703	LISED	JOANNA	CALDERON	IMBAJOA	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 constató que el (la) señor(a) LISED JOANNA CALDERON IMBAJOA identificado(a) con CC 69009703 registra La siguiente información:

2025-09-25--11:48:48 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Enfermería	2011-09-19	392	Secretaria Departamental de Putumayo

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).

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
69.009.703
NUMERO

CALDERON IMBAJOA
APELLIDOS

LIZED JOANNA
NOMBRES

Lized Joanna Calderón
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 03-MAY-1983
MOCOA
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

10-MAY-2001 MOCOA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-0400100-70143867-F-0069009703-20051128 00361 05332C 02 190748176

	E.S.E. HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ NIT. 891200679 – 1 OFICINA JURIDICA Y DE CONTRATACION	Código

EL JEFE DE LA OFICINA JURIDICA Y DE CONTRATACION DE LA E.S.E. HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ

Que, **LIZED JOANNA CALDERON IMBAJOA,** identificado con CC. No. 69.009.703 expedida en Mocoa–Putumayo, presta sus servicios en la **E.S.E. HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ,** desempeñándose como auxiliares de enfermería, para el buen funcionamiento de la unidad funcional de servicios conexos a la salud de la empresa.

En nuestros archivos encontramos lo siguiente:

No.	MODALIDAD	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	DURACIÓN	
				MESES	DÍAS
0251	CPS	01-1-2022	31-03-2022	3	
0904	CPS	01-04-2022	30-06-2022	3	
	Adicional	01-07-2022	31-07-2022	1	
1553	CPS	01-08-2022	30-09-2022	2	
	Adicional	01-10-2022	31-10-2022	1	
2317	CPS	01-11-2022	31-12-2022	2	
0577	CPS	17-01-2023	31-03-2023	2	15
	Adicional	01-04-2023	30-04-2023	1	
1010	CPS	01-05-2023	30-06-2023	2	
1883	CPS	01-07-2023	31-08-2023	2	
	Adicional	01-09-2023	30-09-2023	1	
2610	CPS	01-10-2023	31-10-2023	1	
3336	CPS	01-11-2023	30-11-2023	1	
4029	CPS	01-12-2023	31-12-2023	VIGENTE	

La presente certificación se firma y se expide para fines de la persona interesada. Es válida para demostrar experiencia contractual.

Dado en la ciudad de Mocoa a los 13 días del mes de diciembre de 2023

RHENE ALEXANDER IMBACHI R.
Jefe Oficina Jurídica y de Contratación

Proyectó: **Ilia Bermeo Narvaez**
Profesional Admón. Oficina Jurídica y de Contratación

Powered by CamScanner

	E.S.E HOSPITAL JOSE MARÍA HERNÁNDEZ "MANOS ABIERTAS AL SERVICIO DE SU SALUD"	Código: SAF-TH-F003
	FORMATO AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN	Página 1 de 1
		Versión: 002

VERIFICACIÓN DOCUMENTOS E INFORMACIÓN HOJAS DE VIDA

AUTORIZACIÓN

Yo, Martha Silva Cabrera C identificado(a) con Cédula no. 69009232 de MOCOA, mediante el presente documento, de manera libre y espontánea y cumpliendo a lo establecido en la ley 1581 de 2012 por la cual se expide el Régimen General de Protección de Datos Personales y el Decreto 1377 de 2013, por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 1581 de 2012, autorizo a la **E.S.E HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ** de Mocoa putumayo, para que dentro del proceso de admisión y/o actualización de datos e información de requisitos de hojas de vida de funcionarios y/o contratistas de la empresa, pueda consultar, almacenar, archivar , procesar, compilar, verificar la veracidad de títulos, actas de grado, certificaciones, cursos, talleres, y demás documentos aportados entre otros, ante las institución que los acrediten, y actualizar o solicitar actualización de documentos.

En constancia firmo la presente autorización en la ciudad de MOCOA a los _____ días del mes _____ del año 2024

Firma Martha Silva Cabrera C

Cedula No 69-009232 de MOCOA

Teléfono-celular 3108087287

Libertad y Orden

La República de Colombia

y en su nombre, la

Institución Educativa Guillermo Valencia

Villagarzón - Putumayo

Autorizada por la Secretaria de Educación y Cultura Departamental
mediante Resolución No. 0159 del 3 de Febrero de 2003

Confiere a:

Martha Milena Cabezas Ceromeca

C. C. No. 69.009.232 de Mocoa – Putumayo

El Título de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica (Artículo 28 Ley 115 de 1994); según el Programa de Estudios 3011 y los Planes y Programas vigentes.

Lic. Leandro León Gómez Gómez
Rector

Rosa Elvira Botina Mojana
Secretaria

Anotado al Folio No. 40 Libro de Registro No. 01

Dado en Villagarzón Putumayo, a los 9 días del mes de Diciembre de 2007

No requiere registro, Decreto No. 921 del 06 de Mayo de 1994, expedido por el M.E.N.

Libertad y Orden

Villagarzón – Putumayo

ACTA DE GRADO

Inscripción S. E.: Folio 111 – Acta 112
Inscripción DANE No. 186885001188

En la ciudad de Villagarzón Putumayo a los Nueve (9) días del mes de Diciembre del año 2007, se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría de la

Institución Educativa Guillermo Valencia

Institución aprobada en sus niveles de Educación Básica y Media Técnica Agropecuaria y Académica y autorizada por la Secretaría de Educación y Cultura Departamental para otorgar el título de

BACHILLER EN LA MODALIDAD ACADEMICA,
JORNADA FIN DE SEMANA
Según Resolución No. 0159 del 3 de Febrero de 2003

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el Título de **Bachiller Académico**, al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identificación se relaciona a continuación:

Martha Milena Cabezas Ceromeca

C. C. No. 69.009.232 de Mocoa – Putumayo

Es fiel copia tomada del Acta General de Graduación No. 002 del 9 de Diciembre de 2007, la cual consta de 56 estudiantes que comienza con el nombre de AIDA NILSA JURADO PEREZ y se cierra con el nombre de YULEIMA MARIBETH VALENCIA PANTOJA.

Firmada y sellada por el Lic. LEANDRO LEON GOMEZ GOMEZ (Rector) y ROSA ELVIRA BOTINA MOJANA (Secretaria).

Dada en Villagarzón – Putumayo, a los Nueve (9) días del mes de Diciembre de 2007.

Lic. Leandro León Gómez Gómez
C. C. No. 18.126.226 de Mocoa (P)
Rector

Rosa Elvira Botina Mojana
C. C. No. 27.364.223 de Villagarzón (P)
Secretaria

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

Y EN SU NOMBRE

CENTRO DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

ECSALUD

Con la autorización oficial según Res. No. 4605 del día 23 del mes NOVIEMBRE del año 2011 de la Secretaría de Educación DEPARTAMENTAL del Departamento del PUTUMAYO y Acuerdo Ejecutivo No. 000135 del Ministerio de la Protección Social.

Certifica Que

CABEZAS CEROMECA MARTHA MILENA

C.C. 69.009.232 MOCOA/ PUTUMAYO

Cursó y Aprobó el Programa de Estudio y le confiere el Certificado de:

Aptitud Ocupacional Por Competencias
Técnico Laboral

AUXILIAR EN ENFERMERÍA

Realizado en la ciudad de MOCOA con una intensidad horaria total de 1800 Horas.

Dado en MOCOA a los 09 días del mes de DICIEMBRE del año 2011

OMAIRA GRIJALBA CAMACHO
DIRECTORA GENERAL

DIRECCION GENERAL

EDITH MERA URRESTE
DIRECTORA ACADEMICA

DIRECTOR ACADEMICO

Acta de Grado No. 023 Fecha 21/11/2011 Libro de Registro 001 Fólio No. 0037-0038

CamScanner

CENTRO DE EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

ECSALUD

MOCOA - PUTUMAYO

ACTA DE CERTIFICACION N° 23

La Directora y Secretaria de la Escuela Colombiana de Ciencias en Salud ECSALUD, aprobada según Acuerdo No. 000135 emanado de la Comisión Intersectorial del Ministerio de Protección Social y Resolución No. 4605 de la Secretaria de Educación Departamento del Putumayo.

CERTIFICAN

Que el día veintiuno (21) de noviembre del año 2011, siendo las 8:00 am, se reunió el Consejo de Dirección de ECSALUD para otorgar el CERTIFICADO de:

APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS
TECNICO LABORAL
AUXILIAR EN ENFERMERIA

A:

CABEZAS CEROMECA MARTHA MILENA

C.C. 69.009.232 de Mocoa (P).

Quien terminó satisfactoriamente sus estudios en el presente año. Este certificado se otorga en atención a que el (la) estudiante cursó y aprobó en ECSALUD, el Programa Auxiliar en Enfermería de acuerdo con las normas emanadas por el Ministerio de Protección Social.

Presidio la reunión la Dra. OMAIRA GRIJALBA CAMACHO.

Dada en Mocoa a los nueve (9) días del mes de Diciembre del año 2011

DIRECTORA GENERAL

DIRECCION GENERAL

SECRETARIA

SECRETARIA

CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
GOBERNACIÓN DEL PUTUMAYO
Putumayo Solidario y Competitivo
Despacho Secretaria de Salud

RESOLUCION NÚMERO 86 – 0331 DE 2013
(03/Octubre/ 2013)

Por la cual se concede una autorización para el ejercicio de auxiliar

LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL PUTUMAYO
En cumplimiento del Decreto No.1875 de Agosto de 1994 y Decreto 1352 de Julio de 2000 y

CONSIDERANDO

Que la señora **MARTHA MILENA CABEZAS CEROMECA** , identificada con cédula de ciudadanía 69.009.232 expedida en Mocoa, ha solicitado a la Secretaria de Salud del Departamento del Putumayo la autorización del ejercicio como **Auxiliar en Enfermería,** título que le otorgó La Escuela Colombiana de Ciencias en Salud -ECSALUD, según acta de certificación No.23 de fecha (09) de Diciembre de 2011.

Que dicho titulo se encuentra en el libro de registro No.001, folio No. 0037 - 0038 de ECSALUD del municipio de Mocoa Putumayo.

R E S U E L V E

ARTÍCULO PRIMERO: Autorizar a **MARTHA MILENA CABEZAS CEROMECA,** identificada con cédula de ciudadanía 69.009.232 expedida en Mocoa, para ejercer como **Auxiliar en Enfermería,** en todo el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde se autorizó el título, la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaria de Salud del Departamento donde va a laborar, con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

Comuniquese, notifiquese y cúmplase
Dada en Mocoa, el día, **(03/Octubre/ 2013)**

MARTHA LUCIA BURBANO MAYORAL
Secretaria de Salud Departamental

Proyecto: Esperanza Narváez

Reviso: Ivonne Triana
Prof. Univ. - SSD

Mocoa - Putumayo -Carrera 4 No 8-26 Barrio José María Hernández – Mocoa Putumayo
Teléfonos: 098 -4296071-4296008Fax : -4200282
WWW. saludputumayo.gov.co

CamScanner

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *: Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *: 69009232

Primer Nombre *: MARTHA

Primer Apellido *: CABEZAS

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2018-09-10 8:49:41 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	69009232	MARTHA	MILENA	CABEZAS	CEROMECA	Ver

Información Detallada [CC: 69009232] MARTHA MILENA CABEZAS CEROMECA

2018-09-10 8:49:41 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Titulo	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar en enfermeria	2013/10/03	Secretaria Departamental de Putumayo

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).

CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **69.009.232**

CABEZAS CEROMECA

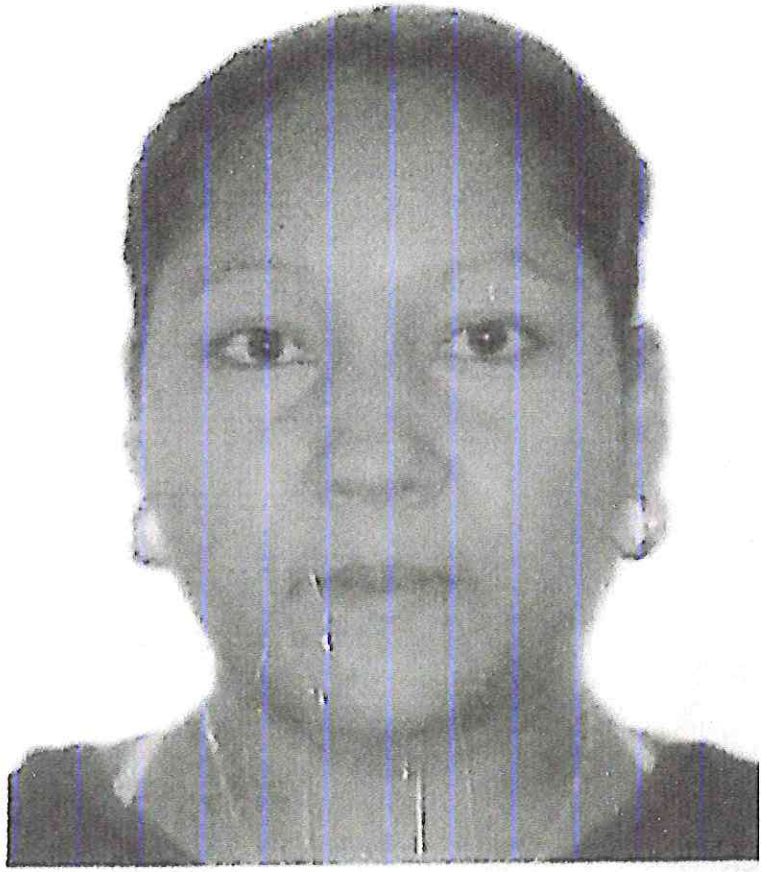
APELLIDOS

MARTHA MILENA

NOMBRES

Martha Milena Cabezas

FIRMA



Powered by CamS



FECHA DE NACIMIENTO **20-OCT-1979**

MOCOA
(PUTUMAYO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

11-MAY-2000 MOCOA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIO
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TO

INDICE DERECHO

A-6400100-00289503-F-0069009232-20110406 **0026**565988A 1 210122523

Powered by CamS

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

Conservelo

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación ó Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

E.S.E. HOSPITAL J.M. MOCOA
Programa P.A.I.

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Libertad y Orden

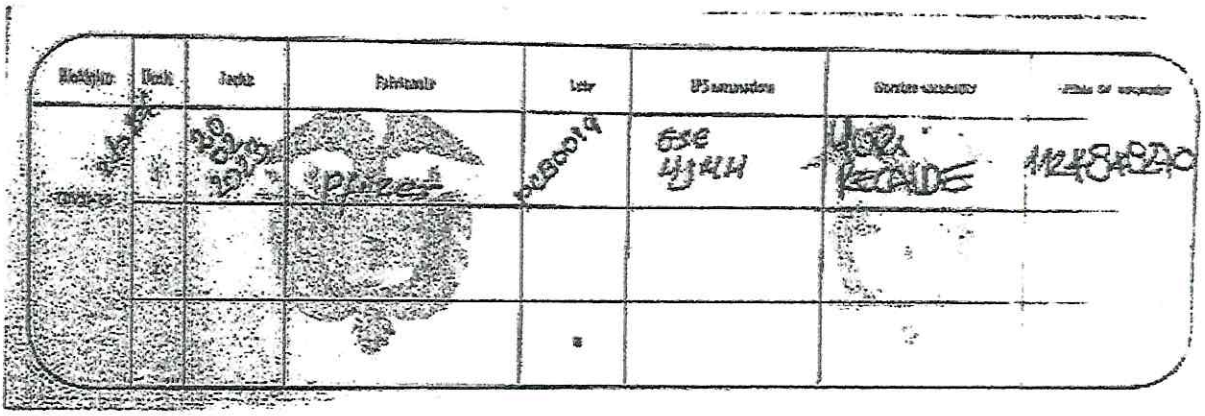
Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	Martha Milena
Apellidos	Cabezas Caramega
Documento de Identidad:	CC X TI PASAPORTE No 69009232
Fecha de Nacimiento:	Día 20 Mes: 10 Año: 1979

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	16 DIC 2009		
	2	09 ENE 2010	transcrito de carnet	de vacunado original
	3	09 JUL 2010	3240808	LUCELY PALOU
	4	24 JUN 2015	3241350	Leidy P.
	5	9 OCT 2016	[illegible]	Milena C
Contra Hepatitis B	1	08 OCT 2020	UFX19007	Marisol P
	2			
	3			

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla	09 OCT 09	[illegible]	10 AÑOS	CERTIFICADO
	DOSIS UNICA.			
Contra Influenza	7-JUL-18	V5021500		Ruth V.
	10-05-19	T3884		Martha C.
	06-AGO-21	V5012100B		HIMH
Otras (Cuál)	17 JUNIO 2022	[illegible]		[illegible]
	INF 16 SEP 2021	V5051		[illegible]
	[illegible]			

CamScanner



Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Firma de vacunador



R.S.E. HUSPITAL
MOCOA
Programa

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

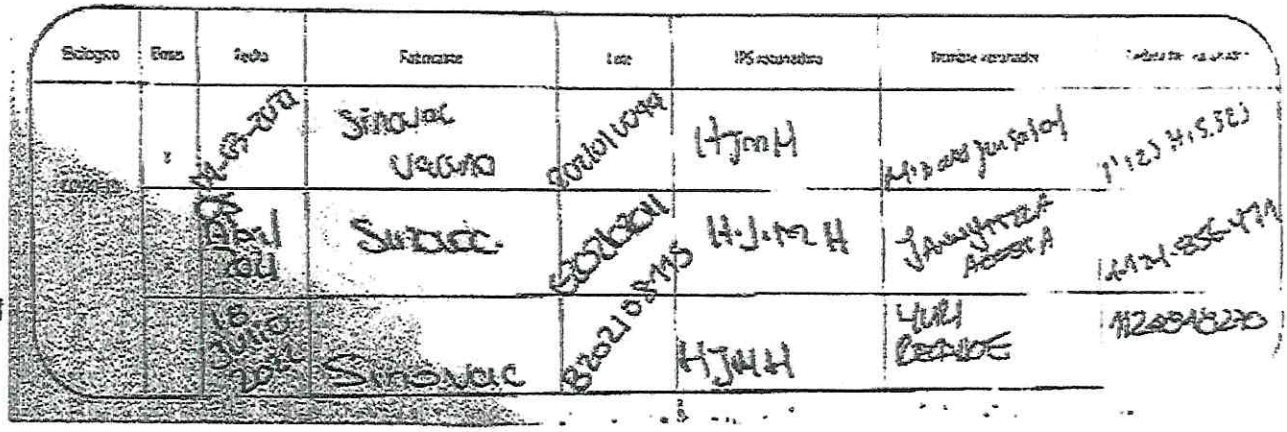
Nombres:

Apellidos:

Documento de identidad

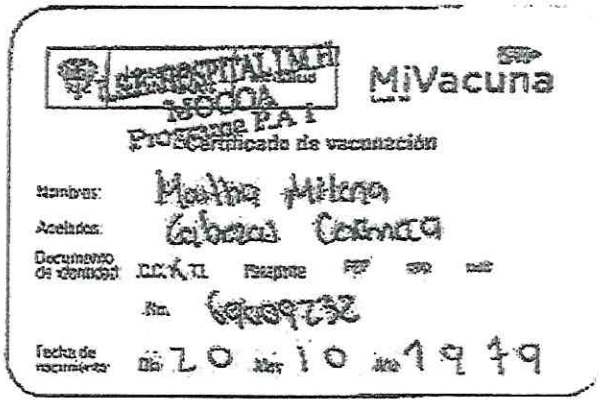
Fecha de nacimiento 20 10 1979

CamScanner



Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Edad de vacunación
	1	14-03-2021	Sinovac	202101094	HJMH	[illegible]	1 año 2 m 5 d
	2	04 abril 2021	Sinovac	202101095	HJMH	[illegible]	[illegible]
		18 junio 2021	Sinovac	202103095	HJMH	[illegible]	[illegible]





CamScanner

SOLUCIONES INTEGRALES EN GESTION OCUPACIONAL S.A.S

Sigo IPS
Soluciones Integrales en Gestión Ocupacional

Av. San Francisco No 13 - 07 Teléfonos (3) 429 67 81 3389506624 Fax - Mocoa - Putumayo

Concepto Aptitud Ocupacional 12532 Hora Ingreso: 10:59 Hora Egreso: 11:05

FECHA DE REALIZACION DEL EXAMEN			TIPO DE EXAMEN PARACLINICO (MARQUE CON UNA [X])
05	01	2024	Ingreso [ ] Egreso [ ] Periódico [ ] Otro [ ] Ninguno [ ]

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARA O LABORO

Razón Social: PARTICULARES — Dirección del centro de trabajo:

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

CABEZAS CEROMECA MARTHA MILENA — CC 69009232

(Primer Apellido) (Segundo Apellido) (Primer Nombre) (Segundo Nombre)

Género (Marque con una X)	Fecha de Nacimiento	Edad (años)	EPS (A la que se encuentre afiliado)
Femenino [X] Masculino [ ]	20 / 10 / 1979	40	EMSANAR

INFORMACION OCUPACIONAL CARGO ACTUAL A INGRESAR

Fecha Ingreso a la Empresa	Cargo	Sección	Antigüedad en el cargo actual (no aplica para ingreso)
	AUXILIAR DE ENFERMERIA	SERVICIOS Y OTROS	

CONSULTAS/PROCEDIMIENTOS Y/O EXAMENES REALIZADOS

Consulta de Medicina Laboral

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Autorizo al (a la) Dr(a) abajo mencionado(a), a realizar en mi examen médico y/o paraclínicos ocupacionales, registrados en este documento. El profesional abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y paraclínicos ocupacionales. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar al propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y paraclínicos ocupacionales. A partir de la asesoría brindada antes de las respectivas toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes que se realizaran el (los) examen(es). Las respuestas dadas por mi en esta(os) examen(es) están completos y son verídicas. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento

CONCEPTO OCUPACIONAL

Apto Con Patologia Que No Interfiere Su Labor

[ ] Sospecha De Enfermedad Laboral

RECOMENDACIONES

Ocupacionales

- [X] Capacitación Según Matriz De Riesgos y Peligros
- [X] Higiene Postural
- [X] Higiene Biomecánica Integral
- [X] Pausas Activas Laborales
- [X] Uso De EPP*
- [X] Cultura Del Autocuidado

Médicas

- [ ] Valoración Por Optometría Prioritaria
- [ ] Valoración Por Medicina General EPS
- [ ] Valoración Por ARL
- [ ] Valoración Por Medicina Laboral EPS
- [ ] Valoración Por Nutricionista EPS

Capacitación y Entrenamiento

- [ ] Para trabajo en altura y/o espacios confinados y/o manipulación de alimentos

Sistema Vigilancia Epidemiológic

- [ ] SVE Salud Auditiva (Enfasis en protección Auditiva)
- [ ] SVE Cardiovascular
- [ ] SVE Salud Visual
- [ ] Corrección Óptica Permanente
- [ ] SVE Salud Respiratoria
- [ ] SVE Biomecanico

Hábitos y Estilos De Vida Saludable

- [X] Ejercicio Físico Regular 3 Veces por semana (Acondicionamiento físico)
- [X] Énfasis En Estiramientos Integrales
- [X] Nutrición Balanceada
- [ ] Cesación De Tabaquismo
- [ ] Reducción Consumo de Alcohol

Condición de Salud - Otros

Paciente post discectomia discal , sin secuelas ni complicaciones , actualmente asintomatica se recomienda , disminuya de peso (10 kg) y precaucion en la manipulacion manual de cargas. Esta condicion no la exeptua para su labor.

Evaluado por		Trabajador	
Firma		Firma	Martha Milena Cabezas
Nombre	MOHAMED ENRIQUE RODRIGUEZ SALCEDO	Nombre	CABEZAS CEROMECA MARTHA MILENA
Registro	44847/11	Documento	CC 69009232

Los Hallazgos fueron consignados en historia clínica ocupacional que desarrolla los contenidos establecidos en la resolución 2346 de 2007

Nota:
1) Archivar este informe en la hoja de vida del trabajador en el área de recursos humanos
2) El contenido de la historia clínica ocupacional tiene carácter confidencial y su custodia está regulada por la resolución 1918 del 05 de junio [illegible] cual se transcriben a continuación algunos apartes

CamScanner

Función Pública

COLOMBIA VIDA

FORMULARIO UNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS
Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO. Martha Helena Cabezas Carmona

IDENTIFICADO CON: C.C. C.E. T.I. Nº 69009282 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	Departamento	Municipio
Colombia	Putumayo	Mocoa

Dirección	Teléfonos
Pb Limón	3108087287

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Selena Juliana Mesa Cabezas	1124863795	Hija
Ruby Brilyd Mesa Cabezas	1.124866547	Hija

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESION PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACION PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	1.980.000
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	$ 1'980.000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Banco Agrario	Ahorro	079030097403	Mocoa	300.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

CamScanner

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	N°
Franklin Alexander Soto Ramírez	C.C. X C.E. T.I.	18178190

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Martha Helena Cabezas C

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

CamScanner

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 02 Actualización

4. Número de formulario: 14751551023

(415)7707212489084(8020) 000001475155102 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
6900923	2 4	Delegada de Impuestos y Aduanas de Puerto Asís	4 6

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	69009232	2000 05 11

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Putumayo 8 6	Mocoa 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CABEZAS	CEROMECA	MARTHA	MILENA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Putumayo 8 6	Mocoa 0 0 1

41. Dirección principal: CORR PUERTO LIMON BRR RESTREPO

42. Correo electrónico: milenak027@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3208447822	3108087287

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
8699	2015 02 02	8299	2016 03 16			3223	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 49

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] | 60. No. de Folios: 0 | 61. Fecha: 2021 - 04 - 09 / 10 : 15: 56

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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante: Martha Milena C.

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada: Martha Milena Cabezas C

984. Nombre: CABEZAS CEROMECA MARTHA MILENA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 09-04-2021 10:16:07AM

CamScanner

	ESE HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT *Esta información es confidencial y será utilizada para dar cumplimiento a la Circular Externa 000009 del 21 de Abril de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud.*	Código: SAF-F002 Versión: 001

Fecha de diligenciamiento			Tipo de Cliente o Contraparte										Tipo de Solicitud	
día	mes	2024 año	Cliente		Contratista	X	Prestador IPS		Proveedor		Vinculación	
			Colaborador		Junta Directiva		Accionista		Otro		Actualización	

Ciudad	MOCOA	Regional	PUTUMAYO	Zonal	

I. INFORMACIÓN GENERAL

PERSONA NATURAL

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de documento								N° Identificación
Cabrera	Cerneca	Martha	Milena	CC	X	CE		TI		PAS		CD		69.009282

Lugar de expedición	Fecha de expedición			Lugar de nacimiento	Fecha de nacimiento			Dirección
	día	mes	año		día	mes	año	
Mocoa	11	05	2000	Mocoa	20	10	1979	pto Limón

Teléfono	Celular	Ciudad	Departamento	Profesión	Ocupación (código CIIU)
3107087287		Mocoa	Putumayo	Aux Enfermería	8699

Responda si o no a las siguientes preguntas

¿Administra recursos públicos?		¿Tiene reconocimiento público?		¿Tiene grado de poder público?		¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP (Persona expuesta Públicamente)?	

PERSONA JURÍDICA

Razón Social	NIT	Correo electrónico

Tipo de sociedad:	Anónima		Limitada		S.A.S.		Otra		¿Cuál?	
Tipo de empresa:	Privada		Pública		Mixta		Sin ánimo de lucro			

Actividad económica principal

Salud		Farmacéutico		Químico		Industrial		Otro		¿Cuál?
Transportes		Servicios		Comercial		Financiero				Código CIIU

Descripción de la actividad económica

Dirección oficina principal	Teléfono	Celular	Ciudad	Departamento
Dirección agencia o sucursal	**Teléfono**	**Celular**	**Ciudad**	**Departamento**

Representante Legal

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de documento						N° Identificación
				CC		CE		PAS		CD	

Lugar de expedición	Dirección	Teléfono	Ciudad

Responda si o no a las siguientes preguntas

¿Administra recursos públicos?		¿Tiene reconocimiento público?		¿Tiene grado de poder público?		¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP?	

Relación de accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación
(adjuntar relación si los campos son insuficientes)

Razón social o nombres y apellidos	Tipo de documento	N° Documento	% de Participación	Responda si o no a las siguientes preguntas			
				¿Administra recursos públicos?	¿Tiene reconocimiento público?	¿Tiene grado de poder público?	¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP?

CamScanner

JUNTA DIRECTIVA (ADJUNTAR RELACIÓN SI LOS CAMPOS SON INSUFICIENTES)

Nombres y apellidos	Tipo de documento	Nº Documento	Principal o suplente	Responda si o no a las siguientes preguntas: ¿Administra recursos públicos?	¿Tiene reconocimiento público?	¿Tiene grado de poder público?	¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP?

II. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total activos $	0	Total pasivos $	0	Patrimonio $	0
Ingresos mensuales $	1,780,000	Egresos mensuales $	1,670,000	Otros ingresos $	0
Concepto de otros ingresos		Información financiera a corte de:		31/12/2021	

III. INFORMACIÓN BANCARIA

Tipo de Cuenta		Entidad Financiera	Sucursal	Teléfono
Corriente	Ahorros			
				0

IV. REFERENCIAS COMERCIALES

Nombre	Teléfono	Dirección	Ciudad

V. OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza negocios en moneda extranjera? Si ☐ No ☐

Tipo de transacciones: Importaciones | Exportaciones | Inversiones | Préstamos | Pago de servicios | Transferencias | Otros

¿Cual?

Productos financieros en moneda extranjera

Tipo de producto	No. de producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

VI. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (Detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.):
2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal. Los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal colombiano o cualquier norma que lo modifique o adicione.
3. La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.
4. De manera irrevocable autorizo a la E.S.E Hospital José María Hernández, para solicitar, consultar, procesar, suministrar y reportar o divulgar a cualquier entidad con la que mantenga una relación comercial vigente, o que se encuentre debidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos, incluidas las entidades gubernamentales, la información contenida en este formulario.
5. Los recursos que se deriven del desarrollo de relaciones de negocio o comerciales, no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
6. Eximimos a la E.S.E Hospital José María Hernández, sus representantes legales y administradores, de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que se hubiere proporcionado en este documento o de la violación del mismo.

VII. DECLARACIONES ADICIONALES

1.	Ha sido sancionado o investigado por delitos de lavado de activos o de financiación del terrorismo?	Si		No X
2.	La Entidad o alguno de sus accionistas han sido incluidos en listas inhibitorias como la lista *Clinton*?	Si		No X
3.	Si es persona natural ha sido incluido en listas inhibitorias como la lista *Clinton*?	Si		No X

VIII. 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 siguiente documento:

Martha Elena Cabrera O

Firma

(Persona natural o Representante Legal si es persona jurídica)



Huella

DILIGENCIAR SI CORRESPONDE A UNA PERSONA JURÍDICA

Nombre de la persona que lo diligencia	Tipo de documento	Número de identificación
	CC ☐ CE ☐ PAS ☐	

Lugar de expedición	Firma

CamScanner

Fundacion Banca de Informacion & Servicios

HACE CONSTAR LA PARTICIPACIÓN COMO ASISTENTE A:

MARTHA MILENA CABEZAS CEROMECA

Con documento de Identidad CC: 69009232 de Mocoa Putumayo

DONDE EFECTUO ACCIONES DE

Formacion Continua en Soporte Vital Basico y Avanzado de Vida SVBA, dirigido para Personal de Salud

En Cumplimiento a la Norma de la Comisión Nacional de Ocupaciones.

Según Resolucion 3100 de 2019 Ministerio de Salud y Protección Social y Decreto 1075 de 2015, Titulo 6 Articulo 2.6.6.8. Educación Informal Expedido por el Ministerio de Educación Nacional.

Modalidad de Capacitación: "Presencial", Con intensidad horaria de: 48 Horas

Esta capacitación la efectuó el docente bajo código y Referencia al Curso: F6353/317/22

Esta constancia se acredita el 29 de Julio de 2024

Dicha constancia valida por dos años]

Registro de Verificación del Certificado No. F6353/317/22

Esp. JHON ALEXANDER CHACÓN
Representante Legal

GLORIA STELLA CAMPEÓN DAGUA
COORDINADOR ACADEMICO
Reg. 100652[illegible] BD 02[illegible]

Código de Registro: F6353/317/22
También lo puede ser verificada mediante solicitud al correo: bancadeinformación@gmail.com o al Celular 3208153292

Código F6353/317/22
Ubique el lector de código de barras y verifique la autenticidad de este documento.

CamScanner

Fundación
Banca de Información & Servicios

HACE CONSTAR LA PARTICIPACIÓN COMO ASISTENTE A:

MARTHA MILENA CABEZAS CEROMECA

Con documento de Identidad CC: 69009232 de Mocoa Putumayo

DONDE EFECTUO ACCIONES DE

Formacion Continua en la Atencion Integral en Salud de las Personas Victimas de Violencia Sexual

En Cumplimiento a la Norma de la Comisión Nacional de Ocupaciones.

Según Resolucion 3100 de 2019 Ministerio de Salud y Protección Social y
Decreto 1075 de 2015, Titulo 6 Articulo 2.6.6.8. Educación Informal Expedido por el Ministerio de Educación Nacional.

Modalidad de Capacitación: "Presencial", Con intensidad horaria de: 24 Horas

Esta capacitación la efectuó el docente bajo código y Referencia al Curso: F6354/317/22

Esta constancia se acredita el 29 de Julio de 2024

Dicha constancia valida por dos años|

Registro de Verificación del Certificado No. F6354/317/22

Esp. JHON ALEXANDER CHACÓN
Representante Legal

GLORIA STELLA CALDERON DAGUA
COORDINADOR ACADEMICO
Reg. 100652[illegible] BD 02[illegible]

Código de Registro: F6354/317/22
También lo puede ser verificada mediante solicitud al correo bancadeinformación@gmail.com o al Celular 3200153292

Código F6354/317/22
Ubique el lector de código de barras y verifique la autenticidad de este documento.

CamScanner

Fundación
Banca de Información & Servicios

320 [illegible] 3888 - [illegible] 83 84

HACE CONSTAR LA PARTICIPACIÓN COMO ASISTENTE A:

MARTHA MILENA CABEZAS CEROMECA

Con documento de Identidad CC: 69009232 de Mocoa Putumayo

DONDE EFECTUO ACCIONES DE

Formación Continua en el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Victimas de Conflicto Armado (40 horas) para personal de Salud

En Cumplimiento a la Norma de la Comisión Nacional de Ocupaciones.

Según Resolucion 3100 de 2019 Ministerio de Salud y Protección Social y
Decreto 1075 de 2015, Titulo 6 Articulo 2.6.6.8. Educación Informal Expedido por el Ministerio de Educación Nacional.

Modalidad de Capacitación: "Presencial", Con intensidad horaria de: 40 Horas

Esta capacitación la efectuó el docente bajo código y Referencia al Curso: F6356/317/22

Esta constancia se acredita el 29 de Julio de 2024

Dicha constancia valida por dos años

Registro de Verificación del Certificado No. F6356/317/22

Esp. JHON ALEXANDER CHAGÓN
Representante Legal

GLORIA STELLA CAMPERON DAGUA
COORDINADOR ACADEMICO
Reg. 100652 41 - BD 02

Código de Registro: F6356/317/22
También lo puede ser verificada mediante solicitud al correo.
bancadeinformación@gmail.com o al Celular 3208153292

Código F6356/317/22
Ubique el lector de código de barras y verifique la autenticidad de este documento.

CamScanner

Fundación
Banca de Información & Servicios

HACE CONSTAR LA PARTICIPACIÓN COMO ASISTENTE A:

MARTHA MILENA CABEZAS CEROMECA

Con documento de Identidad CC: 69009232 de Mocoa Putumayo

DONDE EFECTUO ACCIONES DE

Formacion Continua en la Detección Temprana de Cáncer de Cuello Uterino y Toma de Citología de Cuello Uterino

En Cumplimiento a la Norma de la Comisión Nacional de Ocupaciones.

Según Resolucion 3100 de 2019 Ministerio de Salud y Protección Social y Decreto 1075 de 2015, Titulo 6 Articulo 2.6.6.8. Educación Informal Expedido por el Ministerio de Educación Nacional.

Modalidad de Capacitación: "Presencial", Con intensidad horaria de: 24 Horas

Esta capacitación la efectuó el docente bajo código y Referencia al Curso: F6357/317/22

Esta constancia se acredita el 29 de Julio de 2024

Dicha constancia valida por dos años

Registro de Verificación del Certificado No. F6357/317/22

Esp. JHON ALEXANDER CHACÓN
Representante Legal

GLORIA STELLA CALDERON DAGUA
COORDINADOR ACADEMICO
Reg. 100652[illegible] BD 02[illegible]

Código de Registro: F6357/317/22
También lo puede ser verificada mediante solicitud al correo: bancadeinformación@gmail.com o al Celular 3213359292

Código F6357/317/22
Ubique el lector de código de barras y verifique la autenticidad de este documento.

CamScanner

Fundación
Banca de Información & Servicios

HACE CONSTAR LA PARTICIPACIÓN COMO ASISTENTE A:

MARTHA MILENA CABEZAS CEROMECA

Con documento de Identidad CC: 69009232 de Mocoa Putumayo

DONDE EFECTUO ACCIONES DE

Formación Continua en la Atención a Personas Víctimas de Ataques con Agentes Químicos (40 horas) para personal de Salud

En Cumplimiento a la Norma de la Comisión Nacional de Ocupaciones.

Según Resolucion 3100 de 2019 Ministerio de Salud y Protección Social y Decreto 1075 de 2015, Titulo 6 Articulo 2.6.6.8. Educación Informal Expedido por el Ministerio de Educación Nacional.

Modalidad de Capacitación: "Presencial", Con intensidad horaria de: 40 Horas

Esta capacitación la efectuó el docente bajo código y Referencia al Curso: F6360/317/22

Esta constancia se acredita el 29 de Julio de 2024

- **Dicha constancia valida por dos años|**

Registro de Verificación del Certificado No. F6360/317/22

Esp. JHON ALEXANDER CHACÓN
Representante Legal

GLORIA STELLA CAMPEÓN DAGUA
COORDINADOR ACADEMICO
Reg. 100552-13 - BD 02

Código de Registro: F6360/317/22
También lo puede ser verificada mediante solicitud al correo: boncadeinformación@gmail.com o al Celular 3218153292

Código F6360/317/22
Ubique el lector de código de barras y verifique la autenticidad de este documento.

CamScanner

Fundacion
Banca de Información & Servicios

HACE CONSTAR LA PARTICIPACIÓN COMO ASISTENTE A:

MARTHA MILENA CABEZAS CEROMECA

Con documento de Identidad CC: 69009232 de Mocoa Putumayo

DONDE EFECTUO ACCIONES DE

Formacion Continua en las Buenas Prácticas en la Toma de Muestras de Laboratorio Clínico (24H) para personal de Salud.

En Cumplimiento a la Norma de la Comisión Nacional de Ocupaciones.

Según Resolucion 3100 de 2019 Ministerio de Salud y Protección Social y Decreto 1075 de 2015, Titulo 6 Articulo 2.6.6.8. Educación Informal Expedido por el Ministerio de Educación Nacional.

Modalidad de Capacitación: "Presencial", Con intensidad horaria de: 24 Horas

Esta capacitación la efectuó el docente bajo código y Referencia al Curso: F6358/317/22

Esta constancia se acredita el 29 de Julio de 2024

Dicha constancia valida por dos años,

Registro de Verificación del Certificado No. F6358/317/22

Esp. JHON ALEXANDER CHACÓN
Representante Legal

GLORIA STELLA CALDERON DAGUA
COORDINADOR ACADEMICO
Reg. 100652[illegible] - BD 02

Código de Registro: F6358/317/22
También lo puede ser verificada mediante solicitud al correo: bancadeinformación@gmail.com o al Celular 3209153292

Código F6358/317/22
Ubique el lector de código de barras y verifique la autenticidad de este documento.

CamScanner

Fundación Banca de Información & Servicios

HACE CONSTAR LA PARTICIPACIÓN COMO ASISTENTE A:

MARTHA MILENA CABEZAS CEROMECA

Con documento de Identidad CC: 69009232 de Mocoa Putumayo

DONDE EFECTUO ACCIONES DE

Formacion Continua en la Calidad y Humanizacion en los Servicios de Salud.

En Cumplimiento a la Norma de la Comisión Nacional de Ocupaciones.

Según Resolucion 3100 de 2019 Ministerio de Salud y Protección Social y Decreto 1075 de 2015, Título 6 Artículo 2.6.6.8. Educación Informal Expedido por el Ministerio de Educación Nacional.

Modalidad de Capacitación: "Presencial", Con intensidad horaria de: 12 Horas

Esta capacitación la efectuó el docente bajo código y Referencia al Curso: F6359/317/22

Esta constancia se acredita el 29 de Julio de 2024

Dicha constancia valida por dos años

Registro de Verificación del Certificado No. F6359/317/22

Esp. JHON ALEXIS RICO CHACÓN
Representante Legal

GLORIA STELLA CASTAÑEDA ORTIZ
COORDINADOR ACADEMICO
Reg. 1006529412 - BD 023

Código de Registro: F6359/317/22
También la puede ser verificada mediante solicitud al correo: bancadeinformación@gmail.com o al Celular 3203153292

Código F6359/317/22
Ubique el lector de código de barras y verifique la autenticidad de este documento.

CamScanner

Salud Ser R&J S.A.S.
"Conocimiento que salva vidas"
NIT. 901265151-1

Hace Constar que

MARTHA MILENA CABEZAS CEROMECA

Identificado(a) con CC. 69009232

Asistió al curso en:

GESTION DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCION MATERNO PERINATAL

Para constancia se firma en la ciudad de Mocoa-Putumayo, el día 14/09/2024

Con una intensidad horario de cuarenta (40) horas

Esta capacitación no requiere registro por parte de la Secretaría de Educación de la Entidad Territorial Certificada, IMPARTIMOS EDUCACIÓN INFORMAL, con una duración inferior 160 horas según decreto 4909 de 2009, capitulo 5 numeral 5.8 y decreto Nal. 1075 de 2015, titulo 6 articulo 2.6.6.8 del Ministerio e Educación Nacional, por lo cual no conduce a titulo alguno o certificado de aptitud ocupacional.

GLORIA LUCELY QUINCHOA
CC. 1.124.312.607
Representante Legal

MD. RUBY JAJOY
CC. 52.515.446 Especialista Auditoria en Salud, Epidemiología, Alta Gerencia - GSST-Magister en Salud Publica y Desarrollo Social -Coordinadora Científica

Valido hasta 14 de septiembre 2026

Mocoa - Putumayo - Colombia

CamScanner

Salud Ser R&J S.A.S.
"Conocimiento que salva vidas"
NIT. 901265151-1

Hace Constar que

MARTHA MILENA CABEZAS CEROMECA

Identificado(a) con CC. 69009232

Asistió al curso en:

GESTION DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCION PARA LA PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

Para constancia se firma en la ciudad de Mocoa-Putumayo, el día 14/09/2024

Con una intensidad horario de cuarenta (40) horas

Esta capacitación no requiere registro por parte de la Secretaría de Educación de la Entidad Territorial Certificada, IMPARTIMOS EDUCACIÓN INFORMAL, con una duración inferior 160 horas según decreto 4909 de 2009, capítulo 5 numeral 5.8 y decreto Nal. 1075 de 2015, título 6 artículo 2.6.6.8 del Ministerio e Educación Nacional, por lo cual no conduce a título alguno o certificado de aptitud ocupacional.

GLORIA LUCELY QUINCHOA
CC. 1.124.312.607
Representante Legal

MD. RUBY JAJOY
CC. 52.515.446 Especialista Auditoria en Salud, Epidemiología, Alta Gerencia - GSST-Magister en Salud Publica y Desarrollo Social -Coordinadora Científica

Valido hasta 14 de septiembre 2026 | Mocoa, Putumayo, Colombia

CamScanner

Fundacion
Banca de Información & Servicios

[redacted]

HACE CONSTAR LA PARTICIPACIÓN COMO ASISTENTE A:

MARTHA MILENA CABEZAS CEROMECA

Con documento de Identidad CC: 69009232 de Mocoa Putumayo

DONDE EFECTUO ACCIONES DE

Formación en Acción y Tratamiento en Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas (40 horas) para personal de Salud

En Cumplimiento a la Norma de la Comisión Nacional de Ocupaciones.

Según Resolucion 3100 de 2019 Ministerio de Salud y Protección Social y Decreto 1075 de 2015, Titulo 6 Articulo 2.6.6.8. Educación Informal Expedido por el Ministerio de Educación Nacional.

Modalidad de Capacitación: "Presencial", Con intensidad horaria de: 40 Horas

Esta capacitación la efectuó el docente bajo código y Referencia al Curso: F6361/317/22

Esta constancia se acredita el .29 de Julio de 2024

Dicha constancia valida por dos años|

Registro de Verificación del Certificado No. F6361/317/22

Esp. JHON ALEXANDER CHACÓN
Representante Legal

GLORIA STELLA CALDERON DAGUA
COORDINADOR ACADEMICO
Reg. 100652[illegible] - BD 025

Código de Registro: F6361/317/22
También lo puede ser verificada mediante solicitud al correo: bancadeinformación@gmail.com o al Celular 3208183292

Código F6361/317/22
Ubique el lector de código de barras y verifique la autenticidad de este documento.

CamScanner

Fundación
Banca de Información & Servicios

HACE CONSTAR LA PARTICIPACIÓN COMO ASISTENTE A:

MARTHA MILENA CABEZAS CEROMECA

Con documento de Identidad CC: 69009232 de Mocoa Putumayo

DONDE EFECTUO ACCIONES DE

Formación Continua en Atención Especial a Población con Discapacidad (40 horas) para personal de Salud

En Cumplimiento a la Norma de la Comisión Nacional de Ocupaciones.

Según Resolucion 3100 de 2019 Ministerio de Salud y Protección Social y
Decreto 1075 de 2015, Titulo 6 Articulo 2.6.6.8. Educación Informal Expedido por el Ministerio de Educación Nacional.

Modalidad de Capacitación: "Presencial", Con intensidad horaria de: 40 Horas

Esta capacitación la efectuó el docente bajo código y Referencia al Curso: F6355/317/22

Esta constancia se acredita el 29 de Julio de 2024

Dicha constancia valida por dos años

Registro de Verificación del Certificado No. F6355/317/22

Esp. JHON ALEXANDRO CHACÓN
Representante Legal

GLORIA STELLA CALDERON DAGUA
COORDINADOR ACADEMICO
Reg. 100652-14 - BD 02

Código de Registro: F6355/317/22
También lo puede ser verificada mediante solicitud al correo bancadeinformación@gmail.com o al Celular 3208153292

Código F6355/317/22
Ubique el lector de código de barras y verifique la autenticidad de este documento.

CamScanner

mipg | modelo integrado de planeación y gestión

Función Pública

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

martha milena cabezas ceromeca

[illegible]

Participó y completó con éxito el Módulo de Fundamentos Generales del curso virtual del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG

MIPG VERSIÓN 4 (2021)

[illegible]

Leonardo Molina Henao
Director de Gestión y Desempeño Institucional



CamScanner

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS EPS EMSSANAR EPS SAS
Régimen Subsidiado

La EPS EMSSANAR EPS SAS, CERTIFICA que el afiliado relacionado a continuación, presenta la siguiente información a la fecha de su expedición:

Tipo y Número de identificación:	CC 69009232
Apellidos:	CABEZAS CEROMECA
Nombres:	MARTHA MILENA
Tipo de discapacidad:	Ninguna
Plan de salud:	Régimen Subsidiado
Estado de servicio:	Vigente
Fecha de Afiliación:	18/07/2024
Departamento de Afiliación:	PUTUMAYO
Municipio de Afiliación:	MOCOA
Zona:	Rural

N - El afiliado no requiere encuesta SISBEN debido al grupo poblacional que tiene.

IPS de atención de primer nivel

IPS	Direccion	Servicio
ESE HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ - MOCOA (PUTUMAYO)	CL 14 # 7 - 26 AV SAN FRANCISCO BRR OBRERO	MEDICINA GENERAL

Tiene derecho a recibir los servicios contemplados en el Plan de Beneficios en Salud.
Válida únicamente para comprobación de derechos de la red prestadora, en la fecha de expedición. No es válido para aclarar multiafiliación ni para traslados (Decreto 806 Artículo 55 y 56).

Señores Prestadores: Esta certificación es válida únicamente para corroborar el estado del afiliado en el momento de la prestación del servicio, de la población contratada y remitida periódicamente por la institución según normatividad. En ningún momento esta certificación puede ser empleada para reemplazar las autorizaciones necesarias para la prestación de servicios en los niveles superiores de complejidad

En constancia se firma el 24 de Septiembre de 2024 a solicitud del interesado.

JEFE COMERCIAL
EMSSANAR EPS SAS

Toda certificación generada es almacenada en base de datos para su verificación, la modificación parcial o total de este documento puede incurrir en un delito.

CamScanner

Código

E.S.E. HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ
NIT 800.000.232-1

UNIDAD FUNCIONAL DE RECURSOS HUMANOS

EL COORDINADOR DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE RECURSOS HUMANOS DE LA E.S.E. HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ

HACE CONSTAR:

Que MARTHA MILENA CABEZAS CEROMECA, identificada con cedula de ciudadania No 69 009 232 expedida en Mocoa - Putumayo, prestó sus servicios en la ESE HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ desempeñandose como Auxiliar de Enfermeria-Puestos de Salud en la Unidad Funcional de Servicios Conexos a la Salud Promoción y Prevención de la empresa, cumpliendo a satisfacción con las actividades asignadas en las diferentes contratos de prestación de servicios

En nuestros archivos encontramos lo siguiente:

No.	MODALIDAD	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	DURACIÓN	
				MESES	DIAS
0100	OPS	01/07/2015	31/08/2015	2	
	Adicional 01	01/09/2015	30/09/2015	1	
0852	OPS	01/10/2015	31/12/2015	3	
0151	OPS	01/01/2016	31/03/2016	3	
	Adicional 01	01/04/2016	30/04/2016	1	
0631	OPS	01/05/2016	31/08/2016	4	
	Adicional 01	01/09/2016	30/09/2016	1	
	Adicional 02	01/10/2016	31/10/2016	1	
1182	OPS	08/11/2016	30/11/2016	1	
1452	OPS	09/12/2016	31/12/2016	1	
0128	OPS	02/01/2017	30/04/2017	4	
	Adicional 01	01/05/2017	30/06/2017	2	
0581	OPS	04/07/2017	30/09/2017	3	
	Adicional 01	01/10/2017	31/10/2017	1	
0960	OPS	08/11/2017	30/11/2017	1	
1303	OPS	22/12/2017	31/12/2017	1	

La presente certificación se firma y se expide para fines de la persona interesada

Dado en la ciudad de Mocoa a los 17 días del mes Junio de 2019.

OSCAR ORLANDO BURGOS TULCÁN
Coordinador U. F. de Recursos Humano

Proyectó Helena Calvache

"Manos abiertas al servicio de su salud"

CamScanner

Código

E.S.E HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ
NIT 891200529 - 1

UNIDAD FUNCIONAL DE RECURSOS HUMANOS

EL COORDINADOR DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE RECURSOS HUMANOS DE LA E.S.E HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ

HACE CONSTAR:

Que **MARTHA MILENA CABEZAS CEROMECA**, identificada con cedula de ciudadanía No 69.009.252 expedida en Mocoa - Putumayo, prestó sus servicios en la **ESE HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ** desempeñándose como Auxiliar de Enfermería-Puestos de Salud en la Unidad Funcional de Servicios Opcionales a la Salud-Promoción y Prevención de la empresa, cumpliendo a satisfacción con las actividades asignadas en las diferentes órdenes de prestación de servicios

En nuestros archivos encontramos lo siguiente

No	MODALIDAD	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	DURACIÓN	
				MESES	DIAS
0144	CPS	01/02/2018	30/04/2018	1	
	Adicional 01	01/05/2018	31/05/2018	1	
0513	CPS	01/06/2018	31/08/2018	3	
	Adicional 01	01/09/2018	30/09/2018	1	
0868	CPS	01/10/2018	31/10/2018	1	
1285	CPS	05/11/2018	30/11/2018	1	
1571	CPS	07/12/2018	31/12/2018	1	

La presente certificación se firma y se expide para fines de la persona interesada. Es valida para demostrar experiencia laboral.

Dada en la ciudad de Mocoa a los 24 días del mes de Enero de 2019

OSCAR ORLANDO BURGOS TULCAN
Coordinador U.F de Recursos Humanos

"Manos abiertas al servicio de su salud"

CamScanner

EL COORDINADOR DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE TALENTO HUMANO DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ DE MOCOA-PUTUMAYO

HACE CONSTAR

Que **MARTHA MILENA CABEZAS CEROMECA**, identificada con cédula de Ciudadanía N° 69.009.232 expedida en Mocoa (Pyo) Presto sus servicios en la empresa Social del Estado Hospital José María Hernández de la siguiente manera:

- **Contrato de Prestación de Servicios N°0282 de 2019.**
  Duración: 08 de enero al 31 de marzo 2019
- **Contrato de Prestación de Servicios N°0605 de 2019.**
  Duración: 01 de abril al 31 de julio 2019.
- **Contrato de Prestación de Servicios N°0937 de 2019.**
  Duración: 01 de agosto al 31 de octubre 2019
- **Contrato de Prestación de Servicios N°1521 de 2019.**
  Duración: 01 noviembre al 30 de noviembre 2019.
- **Contrato de Prestación de Servicios N°1813 de 2019.**
  Duración: 01 diciembre al 31 de diciembre 2019.
- **Contrato de Prestación de Servicios N°0155 de 2020.**
  Duración: 01 enero al 31 de mayo 2020.
- **Contrato de Prestación de Servicios N°0626 de 2020.**
  Duración: 02 junio al 31 de julio 2020.
- **Contrato de Prestación de Servicios N°1180 de 2020.**
  Duración: 01 agosto al 30 de septiembre 2020.
- **Contrato de Prestación de Servicios N°0153 de 2020.**
  Duración: 01 octubre al 31 de octubre 2020.

ELABORO	REVISO
Lucia Adriana Calderon Hernandez Tecnico en Gestion Documental	Juan Pablo Cespedes Guerra Coordinador en Gestion Documental

CamScanner

- Contrato de Prestación de Servicios N°2403 de 2020.
  Duración: 01noviembre al 31 de diciembre 2020.

Objeto: Contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión de 01 Auxiliar de Enfermería para el desarrollo del proceso asistencial en la unidad funcional de servicios conexos a la salud - puesto de salud, en pro de garantizar el buen funcionamiento, calidad del servicio y normal desarrollo de las obligaciones a cargo de la E.S.E Hospital José María Hernández.

Obligaciones específicas de contratos de prestación de servicios del año 2019-2020.

- ✓ Prestar los servicios de Auxiliar de enfermería en las comunidades del área de influencia puesto de salud del Puerto Limón y otras localidades del municipio, aplicando las normas los protocolos y procedimientos para puestos de salud, las normas vigentes para las rutas para atención integral en salud que tenga relación con las actividades que se desarrollan en la unidad funcional, enmarcadas en los principios de la calidad
- ✓ Apoyar de acuerdo con las normas en el cumplimiento y reporte mensual de las metas establecidas para cada programa, a través del desarrollo de acciones de demanda inducida incluidas las visitas domiciliarias para la captación de los usuarios para las actividades correspondientes a cada grupo poblacional.
- ✓ Apoyar en la remisión de los usuarios al centro de referencia cuando sus condiciones de salud a si lo requieran o se ha superado la capacidad resolutiva del puesto de salud.
- ✓ Apoyar en el mantenimiento de las coberturas útiles de vacunación de la población objeto del programa PAI.
- ✓ Apoyar en la búsqueda de los insistentes del programa de promoción y prevención, utilizando las estrategias establecidas en el servicio.
- ✓ Apoyar la canalización y organización de los usuarios para la atención por parte del grupo extramural de la empresa
- ✓ Presentar informe mensual de las actividades realizadas dentro de los cinco primeros días del mes siguiente
- ✓ Apoyo en la gestión de prestación de servicios de salud adoptadas por la E.S.E acorde a su profesión según lineamientos nacionales en lo relacionado a COVID 19 y al modelo de prestación de servicios.

Se expide esta constancia por solicitud de la interesada en la ciudad de San Miguel Agreda de Mocoa, a los veintiocho (28) días del mes de noviembre de 2022.

OSCAR ORLANDO BURGOS TULCÁN
Coordinador de Talento Humano

ELABORÓ	REVISÓ
Lucia Adriana Calderón Hernández Técnico en Gestión Documental	John Pablo Cancino Guerra Coordinador en Gestión Documental

CamScanner

	E S E. HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ NIT 891200679 - 1 OFICINA JURIDICA Y DE CONTRATACION	Código

EL COORDINADOR DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE TALENTO HUMANO DE LA E.S.E. HOSPITAL JOSÉ MARIA HERNANDEZ

HACE CONSTAR:

Que, **MARTHA MILENA CABEZAS CERONECA.,** identificada con cédula de ciudadanía No. 69.009.232 expedida en Mocoa-Putumayo, presta sus servicios en la **E.S.E. HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ;** desempeñándose como Auxiliar de Enfermería para el desarrollo del proceso asistencial y el buen funcionamiento de la Unidad Funcional de Servicios Conexos a la Salud Puestos de Salud de la empresa.

En nuestros archivos encontramos lo siguiente:

No.	MODALIDAD	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	DURACION	
				MESES	DIAS
0123	CPS	01-01-2021	31-03-2021	3	
0329	CPS	01-04-2021	30-06-2021	3	
1348	CPS	01-07-2021	31-08-2021	2	
2071	CPS	02-09-2021	30-09-2021	1	
2613	CPS	01-10-2021	30-11-2021	2	
	Adicional 01	01-12-2021	31-12-2021	1	
0245	CPS	01-01-2022	31-03-2022	3	
0997	CPS	01-04-2022	30-06-2022	3	VIGENTE

La presente certificacion se firma y se expide para fines de la persona interesada. Es válida para demostrar experiencia contractual.

Dado en la ciudad de Mocoa a los 13 días del mes de junio de 2022

OSCAR ORLANDO BURGOS DULCAN
Coordinador U.F. Talento Humano

Proyectó: Ramiro Javier Navarro Rosero
Apoyo Contratación

CamScanner

SINDICATO DE TRABAJADORES DE LA SALUD COLOMBIANA
SINTRASCOL
NIT. 900780655 - 4

CERTIFICA:

Que la señora **MARTHA MILENA CABEZAS CERONECA**, identificada con cedula de ciudadania Nº 69009232 expedida en Mocoa, hizo parte del sindicato de Trabajadores de la Salud Colombiana –**SINTRASCOL**- identificado con el NIT: 900780655 – 4, y laboro en representación del sindicato como **AUXILIAR DE ENFERMERÍA** en el **PUESTO DE SALUD DE PUERTO LIMON**, de la Empresa Social del Estado Hospital José María Hernández del municipio de Mocoa, desde el día 01 de Febrero del año 2015 hasta el 30 de Junio de 2015; en virtud del contrato sindical de prestación de servicios Nº 0004 del 01 de Enero del 2015 celebrado entre la Empresa Social del Estado Hospital José María Hernández y el Sindicato de Trabajadores de la Salud Colombiana –SINTRASCOL-.

La presente certificación se expide por solicitud de la interesada el día 30 de Junio del año 2015.

NANCY JUHANI CANAMEJOY DIAZ
Auxiliar Administrativa. Y de cuentas.

SINTRASCOL
SINDICATO DE TRABAJADORES
DE LA SALUD COLOMBIANA

Avenida San Francisco, Edificio Guayacanes, Carrera 14 No 13-68, Of. 402
correo Sintrascol@outlook.es

CamScanner

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 290163229

PIB
11:06:43

Bogotá DC, 28 de enero del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) MARTHA MILENA CABEZAS CEROMECA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 69009232:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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 miércoles 28 de enero de 2026, a las 11:37:41, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	69009232
Código de Verificación	69009232260128113741

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 10:58:28 AM horas del 28/01/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **69009232**
Apellidos y Nombres: **CABEZAS CEROMECA MARTHA MILENA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

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

Todos los derechos reservados.

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 18:15:48 horas del 28/01/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **69007082,** Apellidos y Nombres **MELO BURBANO MABEL ROCIO**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **fundacion huellas**, con NIT **900445971-1** 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.

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

Policía Nacional de Colombia

(https://www.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, 28/01/2026 11:47:20 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **69009232 .**

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. **133677882** . 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

TIC

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 89009232 **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 19/01/2026 10:16 AM

Código Verificación: **3Y89U61BVQ**

Válida hasta: **19/04/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Fundacion Huellas
NIT. 900.445.971 - 1

Mocoa, enero de 2026

Señores
ALCALDIA DE MOCOA
Calle 7 No. 6-42 B/Centro

Referencia: Manifestación de interés y disponibilidad como integrante de la propuesta presentada por FUNDACION HUELLAS.

YO, MABEL ROCIO MELO BURBANO, de acuerdo a las condiciones establecidas en el proyecto denominado "APOYO A LA ATENCION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DÍA DEL MUNICIPIO DE MOCOA DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO."Presento mi hoja de vida e interes de participar como Auxiliar de Enfermeria, para la ejecución del convenio de asociación, resultante del proceso de la referencia.

Atentamente,

Mabel Rocio Melo

MABEL ROCIO MELO BURBANO

C.C.69.007.082 de Mocoa

Calle 14 N° 7-37 B/ Olimpico Mocoa Putumayo
CELULAR 3219089277
Fundacionhuellas01@gmail.com

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
MELO	BURBANO	MABEL ROCIO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 69007082	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 27 MES 01 AÑO 1977

PAÍS COLOMBIA

DEPTO PUTUMAYO

MUNICIPIO MOCOA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 14 - 15 02 AV SAN FRANCISCO

PAÍS COLOMBIA DEPTO PUTUMAYO

MUNICIPIO MOCOA

TELÉFONO 3213548325 EMAIL meloburbano01@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2002
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	3	X		AUXILIAR DE ENFERMERIA	09	1998	

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) **TR_DES** (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO

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
ESCUELA DE SALUD SAN PEDRO CHAVEZ	EDUCACIÓN INFORMAL	1200	X		AUXILIAR DE ENFERMERIA	12	1998

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ - MOCOA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
PUTUMAYO	MOCOA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	01	Mes	02	Año	2009	Día	31	Mes	12	Año	2010

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONTRATISTA	ACCIONES OPERATIVAS DE SALUD	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
COOPERATIVA DE TRBAJO ASOCIADO		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
PUTUMAYO	MOCOA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	01	Mes	05	Año	2007	Día	06	Mes	12	Año	2007

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONTRATISTA	ACCIONES OPERATIVAS DE SALUD	Sin dirección

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA AYNAN			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO PUTUMAYO	*MUNICIPIO* MOCOA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	03	*Año*	2005	*Día*	24	*Mes*	10	*Año*	2006
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRACION EN SALUD					*DIRECCIÓN* Sin dirección						

6. EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

7. TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	4	2
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento _____

_____

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*

Asunto: HOJA DE VIDA
Motivo: CONTRATO
Fecha firma: 18/01/2026
Correo electrónico: meloburbano01@gmail.com
Nombre de usuario: MABEL ROCIO MELO BURBANO
ID transacción: c7657363-b5fb-4759-87c3-18e00f4f4368

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 201

Tipo de declaración	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2026-01-18 17:04

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
MABEL	ROCIO	MELO	BURBANO

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	69007082

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	PUTUMAYO	Municipio	MOCOA

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	PUTUMAYO	Municipio	MOCOA

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	GOBERNACION DE PUTUMAYO

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	PUTUMAYO	Municipio	MOCOA

Dirección	["Cll 8 No. 7-40 Mocoa."]
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, c presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestac 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 declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2025 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$20.100.000
Cesantías e intereses de cesantías	$0
Gastos de representación	$0
Arriendos	$0
Honorarios	$0
Otros ingresos y rentas	$0
TOTAL	$20.100.000

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 a 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 [X]

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 [X]

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 [X]

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando 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 regis de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con 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 [X]

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 CONSANGUINIDAD, 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 afinida 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 consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labc 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 ju directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lu (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 [X]

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 [X]

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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 [X]

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:

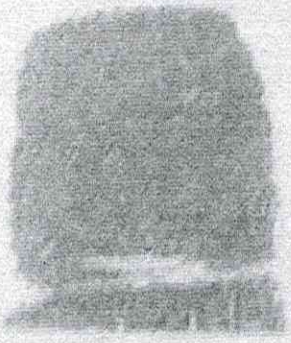
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

69.007.082

MELO BURBANO

MABEL ROCIO





27-ENE-1977

MOCOA
(PUTUMAYO)

1.55 O+ F

17-OCT-1995 MOCOA

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 1490527406

(415)7707212489984(8020) 000001490527406 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
6 9 0 0 7 0 8 2	7	Impuestos y Aduanas de Puerto Asís 4 6	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	6 9 0 0 7 0 8 2	1 9 9 5 1 0

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Putumayo 8 6	Mocoa 0

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MELO	BURBANO	MABEL	ROCIO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Putumayo 8 6	Mocoa 0

41. Dirección principal: AV SAN FRANCISCO CR 14 15 02

42. Correo electrónico: meloburbano01@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 1 3 5 4 8 3 2 5	3 2 0 2 2 4 3 2

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 establecimiento
4 5 4 1	2 0 1 6 0 5 1 1	4 5 4 2	2 0 1 6 0 5 1 1					1

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 2

53. Código 4 9

49 - No responsable de IVA

Obligados 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 renov

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2025 - 02- 12 / 09 : 05: 18

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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre MELO BURBANO MABEL ROCIO
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

República de Colombia
El Ministerio de Educación Nacional
La Secretaría de Educación y Cultura del Putumayo
y en su nombre el

Colegio Empresarial de Los Andes

Aprobación de Estudios: Resolución 688 de 1999
y teniendo en cuenta que:

Mabel Rocío Melo Burbano

Con C.C. 69.007.082 de Mocoa (Putumayo)

Cumplió satisfactoriamente los logros propuestos en el Plan de Estudios del Proyecto Educativo Institucional (P.E.I.) Para el Nivel de Educación Básica Secundaria y Media Vocacional en Ciclos Lectivos Especiales Integrados, acorde con la Ley General de Educación 115 y Decretos Reglamentarios 1860 de 1994 y 3011 de 1997 y según decisión de la Comisión de Evaluación y Promoción, le otorga el Título de:

Bachiller

Libro de registro No. 001 Folio No. 20

Dado en Mocoa a los 14 días del mes de Diciembre de 2002

COLEGIO EMPRESARIAL DE LOS ANDES
RECTOR

COLEGIO EMPRESARIAL DE LOS ANDES
SECRETARIA

Rector

Secretaria Académica

COLEGIO EMPRESARIAL DE LOS ANDES

Mocoa, C.D. El Progreso
Neiva, calle 6 No. 4-36 Teléfono: 8712601 y Carrera 31 No. 18A-50 Teléfono: 8774679.
Pitalito, Carrera 2 No. 1-27 Teléfono 8360699 - 8368817
La Plata, Carrera 3 No. 7-63 Teléfono: 837 6254 - 8371054

Aprobación de Estudios Resolución 688 de 1999 de la Secretaría de Educación y Cultura del Putumayo

Acta de Graduación No. 002 de 2002

El día 09 de Diciembre de 2002 se reunieron los directivos del Plantel con el fin de estudiar el otorgamiento del título de Bachiller a los estudiantes que terminaron el Segundo (2) Ciclo Lectivo Especial Integrado (grado undécimo) de la Educación Media de Jóvenes y Adultos según la Ley 115 de 1994 y Decretos 1860 de 1994 y 3011 de 1997.

Que revisada la Ficha Académica de cada uno de los estudiantes y teniendo en cuenta, el concepto de la Comisión de Evaluación y Promoción, se decidió otorgar el Título de Bachiller a:

MABEL ROCIO MELO BURBANO

Con C.C. No. 69.007.082 de Mocoa (Putumayo) por haber alcanzado satisfactoriamente los logros propuestos, para los niveles de Educación Básica Secundaria y Media, en el Proyecto Educativo Institucional (P.E.I.)

Tomado del libro de registro de Actas de Graduación No. 001 folio 20.

Dado en Mocoa, a los 14 días del mes de Diciembre de 2002

Rector

Secretaria Académica

La República de Colombia
La Secretaría de Salud,
La Secretaría de Educación del Huila
y en su nombre

La Escuela de Salud
"San Pedro Claver"

Autorizada Oficial Acuerdo Ejecutivo No. 28 del Ministerio de Salud y
Resolución No. 1288 del 20 de Noviembre de 1985 de la Secretaría de Educación del Huila

Teniendo en cuenta que:

Mabel Rocío Melo Burbano

C. C. No. 69.007.082 de Neiva.

Cubrió satisfactoriamente los estudios y cumplió con todas las demás requisitos legales y reglamentarios,
le confiere el Certificado de Aptitud Ocupacional de:

Técnico Auxiliar en Enfermería

ESCUELA DE SALUD

Dada en Neiva a los 12 días del mes de Diciembre de 1988.

GOBERNACION DEL HUILA
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

RESOLUCION NUMERO 0407 DE 1999
(MARZO 24)

EL SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL
de conformidad con la Resolución No. 8211
del 15 de julio de 1989 y

CONSIDERANDO:

Que MABEL ROCIO MELO BURBANO identificada con Cédula de Ciudadanía No. 69.007.082 de MOCOA, ha solicitado la autorización para ejercer la ocupación de TECNICO AUXILIAR EN ENFERMERIA.

Que presentó ante esta Secretaría el CERTIFICADO otorgado por la ESCUELA DE SALUD "SAN PEDRO CLAVER", en Pitalito (Huila), el 12 de diciembre de 1998.

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorícese a MABEL ROCIO MELO BURBANO, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 69.007.082 de MOCOA, para ejercer como TECNICO AUXILIAR EN ENFERMERIA en el territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Neiva (Huila), 24 de marzo de 1999

COPIA (Original) FRANCISCO JOSE GARCIA LARA
FRANCISCO JOSE GARCIA LARA
Secretario de Salud Departamental

Copia (Original)
Alba del Carmen Vargas de González
ALBA DEL CARMEN VARGAS DE G.
Jefe División Desarrollo Institucional y
Seguridad Social

Madeny

Escuela de Salud
"San Pedro Claver"

ACTA DE GRADO No 115

La Escuela de Salud San Pedro Claver, Institución aprobada por el Ministerio de Salud mediante acuerdo ejecutivo No. 28 de Septiembre 3 de 1998 y por la Secretaría de Educación del Huila, según Resolución No. 1389 del 20 de Noviembre de 1995 en atención a que el estudiante,

Melo Burbano Mabel Rocio

C. de C. No. 69.007.682 de Mocoa

Cumplió satisfactoriamente la situación legal y académica aprobando los estudios correspondientes; resuelve otargarle el certificado de Aptitud Ocupacional como Técnico en :

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Testimonio de lo anterior, se firma la presente acta a los días 12 del mes de Diciembre de 199 8

firmado y sellado por:

Rector

Coordinador Académico

Secretaria

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

69007082

Primer Nombre

MABEL

Primer Apellido

MELO

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

8607

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2025-03-02→5:25:34 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	D
CC	69007082	MABEL	ROCIO	MELO	BURBANO	Vigente	Ve

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) MABEL ROCIO MELO BURBANO identificado(a) con CC 69007082 registra La siguiente información:

2025-03-02→5:25:34 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	1999-03-24	407	GOBERNACION DEL HUILA - SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

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

Fundacion Huellas
NIT. 900.445.971 - 1

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL DE LA FUNDACION HUELLAS

NIT. 900.445.971-1

CERTIFICA

Que la señora **MABEL ROCIO MELO URBANO** identificada con cedula de ciudadanía No 69.007.082 de Mocoa Putumayo. Prestó sus servicios como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el área de atención directa a personas adultas mayores en el Convenio de Asociación 2025 firmado con la Secretaría de Salud del municipio de Mocoa Putumayo.

Durante su permanencia en el cargo demostró excelente compañerismo buenas habilidades, compromiso y responsabilidad en cada una de sus labores encomendadas de quien se puede esperar grandes resultados Durante el periodo comprendido entre el 25 de agosto al 26 de diciembre de 2025.

Esta certificación se expide a solicitud verbal del interesado; dada en Mocoa Putumayo el día 30 de diciembre del 2025. Con destino a la hoja de vida.

Cordialmente,

ALBA EDITH ACOSTA GAVIRIA
R-L FUNDACION HUELLAS

Calle 14 N° 7-37 B/ Olímpico Mocoa Putumayo
CELULAR 3219089277
Fundacionhuellas01@gmail.com

(7)

Clínica Aynan

CODIGO 8600100197
NIT: 900012404-9

EL SUSCRITO GERENTE DE LA CLINICA AYNAN LTDA

CERTIFICA:

Que, La señora MABEL ROCIO MELO BURBANO, identificado con cédula de ciudadanía No 69007082 De Mocoa presta sus servicios profesionales como Auxiliar de Enfermería en la institución ubicada en la Calle 14 Cra 11-36 en la avenida Colombia del Municipio de Mocoa Putumayo, vinculada mediante contrato laboral a termino fijo.

Que se encuentra desempeñando su cargo desde el 01 de Marzo de 2005 hasta la fecha , devengando el salario de 600.000 pesos mensuales.

Se expide a solicitud del interesado a los 24 días del mes de octubre de 2006

Atentamente,

LUIS ANTONIO JUAGIBIOY
Representante legal

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO
"COOPSALUD" LTDA.
NIT. 846 003 348 - 0
TELEFONO. 4596625
MOCOA - PUTUMAYO

LA GERENTE DE LA COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO COOPSALUD" LTDA.

HACE CONSTAR:

Que la señora **MABEL ROCIO MELO BURBANO,** identificado con cédula de ciudadanía No.69.0007.082 de Mocoa (P), labora como **AUXILIAR DE ENFERMERIA,** en la unidad funcional de Urgencias, de la **ESE Hospital José María Hernández** de Mocoa, contratado a través de la cooperativa "COOPSALUD" LTDA, a partir del 1º mayo de 2007, con una compensación mensual de $650.000, cumpliendo sus funciones con mucho profesionalismo y responsabilidad.

La siguiente constancia se expide para realizar crédito bancario.

Se firma en Mocoa a seis (06) días del mes diciembre de 2007

COOPSALUD LTDA.
NIT. 846003348 - 0
MOCOA PUTUMAYO

NIDIA LILIANA BERNAL LEAL
Gerente

E.S.E. HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ
NIT 891.200.679 – 1
Manos Abiertas al Servicio de su Salud

Unidad Funcional de Recursos Humanos

EL COORDINADOR DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE RECURSOS HUMANOS
DE LA E.S.E. HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ

HACE CONSTAR:

Que MABEL ROCIO MELO BURBANO, identificado con cedula de ciudadanía No. 69.007.682 expedida en Mocoa (Putumayo), presta sus servicios en la ESE HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ de Mocoa, desempeñándose como Auxiliar de Enfermería, en las Diferentes Unidades Funcionales Asistenciales con una asignación mensual de UN MILLON CIEN MIL PESOS ($1.100.000) Moneda Corriente; vinculado mediante las siguientes Ordenes de Servicios:

No.	MODALIDAD	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	DURACION	
				MESES	DIAS
00233 RH	ORDEN DE SERVICIOS	01/02/2009	30/03/2009	2	
00377 RH	ORDEN DE SERVICIOS	01/04/2009	31/08/2009	5	
00711 RH	ORDEN DE SERVICIOS	01/09/2009	30/11/2009	3	
00245 RH	ORDEN DE SERVICIOS	18/01/2010	07/02/2010	2	12
00263 RH	ORDEN DE SERVICIOS	08/02/2010	30/06/2010	4	21
00406 RH	ORDEN DE SERVICIOS	01/07/2010	31/12/2010	6	

La presente certificación se firma y se expide para fines de la persona interesada.

Dado en la ciudad de Mocoa a los 17 días del mes Diciembre de 2010.

GUIDO ALFREDO GARZON VITERY
Coordinador U. F. de Recursos Humanos

Digitó: Nelson Hernández

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 290163121

PIB
11:06:14

Bogotá DC, 28 de enero del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) MABEL ROCIO MELO BURBANO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 69007082:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 30 de enero de 2026, a las 10:05:13, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	69007082
Código de Verificación	69007082260130100513

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:06:16 AM horas del 30/01/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **69007082**

Apellidos y Nombres: **MELO BURBANO MABEL ROCIO**

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

Policía Nacional de Colombia (https://www.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, 28/01/2026 11:46:03 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **69007082** y Nombre: **MABEL ROCIO MELO BURBANO.**

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. **133677651** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

nueva eps

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) MABEL ROCIO MELO BURBANO identificado(a) con CC 69007082 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 01/01/2026

Estado de la Afiliación: **Vigente**

IPS: **SAN JOSE IPS PUTUMAYO SAS-MOCOA**

Categoría: **SISBEN_1**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 21 días del mes 1 del año 2026.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

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

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MABEL ROCIO MELO BURBANO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **69007082,** se encuentra afiliado/a desde **09/02/2006** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 18 de enero de 2026.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

CERTIFICADO APTITUD OCUPACIONAL

Dra RUBY ALEXANDRA JAJOY M. Especialista en G. Seguridad y Salud en el Trabajo RM 86177-04 LIC 116-2020

FECHA REALIZACION DEL EXAMEN 19 1 2026

TIPO DE EXAMEN (MARQUE CON UNA X)
INGRESO [X] EGRESO [ ] PERIODICO [ ]
ALTURAS [ ] OTRO [ ]

INFORMACION GENERAL

Nombres	MABEL ROCIO MELO BURBANO	Documento ID	69007082
F. Nacimiento	27 DE ENERO 1977	Genero:	F
Edad	47 AÑOS	E.P.S:	NUEVA EPS
Estado Civil	UNION LIBRE	A.R.L	POSITIVA
Direccion	PUERTO ASIS - PUTUMAYO	Teléfono Cont:	
Escolaridad	TECNICO	Cargo:	AUXILIAR DE ENFERMERIA
Fecha de ingreso:		Seccion:	SALUD

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA. LABORARÁ O LABORO: SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

INMUNIZACIONES Relacion de Biologicos Aplicados

COVID -19

EXAMENES REALIZADOS

Nombre de Examen	Concepto	Recomendaciones
PSICOLOGIA	NA	
ELECTROCARDIOGRAMA	NA	
ESPIROMETRIA	NA	
AUDIOMETRIA	NA	
OPTOMETRIA	NA	
VISIOMETRIA	X	CONTROL POR OPTOMETRIA PERIODICO

CONCEPTO

NA

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO CON PATOLOGIA QUE NO RESTRINGE LA LABOR

CONCEPTOS ESPECIFICOS

Examen	Concepto
NA	NA

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

Capacitacion segun Matriz de Riesgos y Peligros- Higiene Postural- Enfasis en Pausas Activas Laborales- Uso de EPP- Cultura del Autocuidado

HABITOS DE VIDA SALUDABLE

Ejercicio Fisico Regular 3 veces por semana -Nutricion Balanceada

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO

SVE VISUAL

RECOMENDACIONES MEDICAS-REMISIONES

CONTROL DE RUTINA EN EPS USO DE CORRECION OPTICA

OBSERVACIONES NA

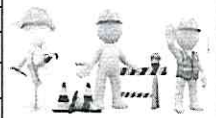
Firma profesional
RUBY ALEXANDRA JAJOY M.
ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Licencia S. 116-2020. Registro Medico 86177-04

Mabel Rocio Melo B
Firma paciente
MABEL ROCIO MELO BURBANO
1124856049

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	WILLIAM DAVID JONATHAN PORTILLA CORDOBA CC 12754980 RM11556/16 LICENCIA 067/18	VERSION	1
		VIGENCIA	ENERO DE 2019
		CODIGO	F- GC- 203
		PAGINA	1 DE 1

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

CONSECUTIVO: 220



CIUDAD:	MOCOA	FECHA EXP:	26/01/2026	FECHA VENC	25/01/2029
NOMBRE:	LIESVET MUÑOZ BUESAQUILLO	CEDULA	69008440		
EMPRESA:	FUNDACION HUELLITAS	CARGO:	MANIPULADORA DE ALIMENTOS		
TIPO DE EXAMEN	(●) INGRESO	( ) PERIODICO	( ) RETIRO		

EXAMEN PARACLINICO

		Normal	Anormal			Normal	Anormal			Normal	Anormal
1	Examen Fisico	☑	☐	9	Triglicéridos	☐	☐	17	Frotis faríngeo	☐	☐
2	Optometria	☐	☐	10	Hdl, ldl, Vldl	☐	☐	18	Bun	☐	☐
3	Audiometria	☐	☐	11	Parcial de Orina	☐	☐	19	Creatinina	☐	☐
4	Espirómetro	☐	☐	12	Transaminasas	☐	☐	20	VDRL	☐	☐
5	Psicologia	☐	☐	13	Cuadro Hematico	☐	☐	21	Electrocardiograma	☐	☐
6	Prueba multidroga	☐	☐	14	Parcial de Orina	☐	☐	22	Rx de tórax	☐	☐
7	Glicemia	☐	☐	15	Coprologico	☐	☐	23	Rx de colmuna	☐	☐
8		☐	☐	16		☐	☐	24		☐	☐

APTITUD OCUPACIONAL (INGRESO)

El examen médico no presenta defectos ni patologías	☑
Al examen médico presenta condiciones de salud que no disminuyen su capacidad laboral	☐
Al examen médico presenta condiciones de salud que pueden agravarse con el trabajo	☐
Al examen médico presenta condiciones de salud que deben ser tratados antes de ingresar	☐

Observaciones: *no se observa compromiso cardiovascular, hábitos de vida saludables, uso de protección solar, hidratarse realizar pausas activas, evitar movimientos vibratorios repetitivos.*

APTITUD OCUPACIONAL (PERIODICO)

Examen médico satisfactorio, puede seguir desempeñando sus labores			☐
Al examen médico presenta enfermedades pero no es limitante para seguir desempeñando sus labores			☐
Fundamento de la remisión:			☐
Al examen médico presenta enfermedades que requieren remisión a la:	EPS ☐	ARL ☐	
Fundamento de la remisión:			
Presenta restriciones: cuales			

APTITUD OCUPACIONAL (RETIRO)

Al examen médico no se encuentran alteraciones que limitan su capacidad laboral			☐
Al examen médico se encuentran alteraciones que impiden su desempeño en un nuevo trabajo			☐
Al examen médico presenta enfermedades que requieren remisión a la:	EPS ☐	ARL ☐	
Fundamento de la remisión:			
Presenta restriciones: cuales			

CONCEPTO

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO SIN PATOLOGIA APARENTE		☑
APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA QUE NO LIMITA LA LABOR		☐
APTO CON RESTRICCIONES O ADAPTACIONES PARA LA LABOR		☐
APTO PARA ESPACIOS CONFINADOS		☐
APTO PARA LABOR EN ALTURAS		☐
APTO PARA CONTINUAR DESEMPEÑANDO SU LABOR		☐
EXAMEN DE RETIRO		☐
SECUELA DE ACCIDENTE DE TRABAJO	SI ☐	NO ☑
ENFERMEDAD PROFESIONAL	SI ☐	NO ☑
ENFERMEDAD RELACIONADA CON EL TRABAJO	SI ☐	NO ☑

INGRESAR AL PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA (PVE)

PVE Osteomuscular	☑	PVE Osteomuscular	☑	PVE Auditivo	☐	PVE Cardiovascular	☐	PVE Visual	☑
PVE Radiaciones	☐	PVE Radiaciones	☐	PVE Psicosocial	☐	PVE Biológico	☐	PVE Químico	☐
PVE Respiratorio	☐	PVE Respiratorio	☐	PVE metabólico	☐	PVE otro cual:			

CONCEPTO

APTO SIN RESTRICCIONES

WILLIAM DAVID JONATHAN PORTILLA C.
MEDICO ESPECIALISTA EN GERENCIA
EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Resolucion No. 067 de 2018

Firma Medico

Firma Paciente

CELULAR: 3202316200 CORREO: certificadoswilliamdavidportil@gmail.com

Fundacion Huellas
NIT. 900.445.971 - 1

Mocoa, enero de 2026

Señores
ALCALDÍA DE MOCOA
Calle 7 No. 6-42 B/Centro

Manifestación de interés y disponibilidad como integrante de la propuesta presentada por FUNDACIÓN HUELLAS.

YO, JAIRO AISENBERG CASANOVA RUEDA, de acuerdo a las condiciones establecidas en el proyecto denominado "APOYO A LA ATENCION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DÍA DEL MUNICIPIO DE MOCOA DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO", Presento mi hoja de vida e interes de participar como profesional Nutriciionista Dietista, para la ejecución del convenio de asociación, resultante del proceso de la referencia.

Atentamente,

JAIRO AISENBERG CASANOVA RUEDA
C.C.18.130.412 de Mocoa

Calle 14 N° 7-37 B/ Olímpico Mocoa Putumayo
CELULAR 3219089277
Fundacionhuellas01@gmail.com