

ANA PATRICIA DELGADO ALVARADO

PROFESIONAL DE LA SALUD ESPECIALIZADO

CONTACTO

3134411720

anapattydeal@hotmail.com

HABILIDADES

- Liderazgo
- Comunicación asertiva
- Resolución de problemas
- Elaboración de reportes
- Trabajo en equipo

EDUCACIÓN

- **Especialista en Sistemas Integrados de Gestión**
  Universidad Pontificia Bolivariana
  2013-2014
- **Especialista en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales**
  Universidad Manuela Beltrán
  2016-2017
- **Profesional en Instrumentación quirúrgica**
  Universidad de Santander UDES
  1997-2001

ACERCA DE MÍ

Profesional del área de la salud especializado en Sistemas Integrados de Gestión y Salud Ocupacional. Me desempeño en planear, analizar, ejecutar, y controlar, de los sistemas de gestión, garantizando el cumplimiento de las normas legales vigentes

EXPERIENCIA LABORAL

- **Área de Planeación y Desarrollo**
  ESE Hospital Universitario de Santander
  27 de enero al 26 de diciembre 2025

  "Prestación de servicios profesionales para para brindar apoyo a la oficina de planeación y desarrollo institucional en la implementación de planes, políticas y programas establecidos bajo el marco del direccionamiento estratégico de la ese HUS"

- **Área de Calidad**
  ESE Hospital El Carmen
  07 de enero al 31 de diciembre 2025

  "Prestación de servicios profesionales para la asesoría y el seguimiento y evaluación del programa de auditoría para el mejoramiento de calidad del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud (SOGCS)"

- **Área de Calidad**

  ESE Hospital San Sebastián de Surata
  01 de julio 2024-31 de diciembre de 2025

Prestar los servicios profesionales especializados para la asesoría en la implementación, seguimiento, y evaluación del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud (SOGCS) en la ese hospital san Sebastián de surata, que direccionará a la toma de acciones correctivas, preventivas y planes de mejora continua por procesos; fundamentados en el decreto único reglamentario 780 del 2016, parte 5, capitulo 1 define auditoria para el mejoramiento como "el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada, respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios

- **Área de Seguridad y Salud en el Trabajo**

ESE Hospital Álvaro Ramírez González
2022-2024

Prestar servicios profesionales especializado para el seguimiento e implementación del Sistema de gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo en la ESE Hospital Álvaro Ramírez González- San Martin – Cesar

- **Área de Calidad**

ESE Hospital Local de Puerto Asís
2020-2023

Prestación de servicios profesionales especializados para la asesoría en la implementación, seguimiento y evaluación del sistema obligatorio de garantía de calidad (SOGCS) en el ESE hospital Local de Puerto Asís nivel Administrativo

- **Área de Subgerencia Operativa**

ESE Hospital el Carmen
2020-2023

Apoyo a la subgerencia operativa en la prestación del servicio de salud de la ESE hospital el Carmen

- **Área de Calidad**

ESE Hospital el Carmen sede San Vicente de Chucuri
2018-2019

Profesional de apoyo al Sistema de Gestión de la Garantía de la Calidad

- **Área de Seguridad y Salud en el Trabajo**

Alcaldía Municipal de San Vicente de Chucuri 2017-2019

Prestar los servicios de apoyo a la gestión como profesional en la ejecución del programa de salud y seguridad en el trabajo en la administración central del Municipio de San Vicente de Chucuri

- **Área de Calidad**
  Jahsalud IPS ESE Hospital el Carmen sede San Vicente de Chucuri
  2015-2017
  Coordinadora de Calidad

- **Área Administrativa**
  Jahsalud IPS ESE Hospital el Carmen sede San Vicente de Chucuri
  2013-2015
  Coordinadora General de la IPS

- **Área de Cirugía**
  IPS CAPRECOM - Puerto Asís, Putumayo
  2009-2013
  Coordinadora de Cirugía

- **Área de Cirugía**
  ESE Hospital San Francisco de Asís
  2003-2008
  Instrumentadora quirúrgica

ANA PATRICIA DELGADO ALVARADO
Profesional área de Salud Especializado

El servicio público es de todos

Función Pública

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

ANA PATRICIA DELGADO ALVARADO

Participó y completó con éxito el Módulo de Auditoría del curso virtual del **Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.**

María del Pilar García González
Directora de Gestión y Desempeño Institucional

ódulos
rso Virtual

Fundamentos Generales | Talento Humano | Direccionamiento estratégico | Gestión con valores para resultados | Evaluación de resultados | Información y comunicación | Gestión del conocimiento | Control interno

mipg modelo integrado de planeación y gestión

modelo integrado de planeación y gestión

El servicio público es de todos | Función Pública

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

ANA PATRICIA DELGADO ALVARADO

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

MIPG VERSIÓN II (2021)

María del Pilar García González
Directora de Gestión y Desempeño Institucional



El servicio público es de todos

Función Pública

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

ANA PATRICIA DELGADO ALVARADO

Participó y completó con éxito el Módulo de Fundamentos Generales del Curso virtual del **Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG**

María del Pilar García González
Directora de Gestión y Desempeño Institucional

ódulos
so Virtual

Fundamentos Generales | Talento Humano | Direccionamiento estratégico | Gestión con valores para resultados | Evaluación de resultados | Información y comunicación | Gestión del conocimiento | Control interno

mipg modelo integrado de planeación y gestión

Compañia Nacional de Entrenamiento en Urgencias y Emergencias Élite

Certifica que:

ANA PATRICIA DELGADO ALVARADO

C.C. No: ***37.720.769***

Asistió al ***Taller:***

HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Desarrollado con base a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia – ***Resolución 0459 de 2012 - 3100 de 2019.***

Certificado por ***40 horas;*** *Emitido en* ***Bucaramanga (S.)*** *el* ***11/01/2024***

JUAN CARLOS CRISTANCHO DIAZ
Director Compañía Élite

DR. JUAN CARLOS DURAN GALVEZ
COORDINADOR MEDICO R.M. # 16957

Libro 2 - Registro No. 04748 - Fecha de actualización, noviembre 10 de 2025 - Para verificación y actalización, comunícate al Cel: 305 947 5580"

PARA VERIFICAR LA AUTENTICIDAD Y VIGENCIA DE ESTE CERTIFICADO INGRESE A

Siempre Santander
GOBERNACIÓN

La Secretaría Departamental de Santander

CERTIFICA QUE:

ANA PATRICIA DELGADO ALVARADO

37720469

Asistió al curso Fortalecimiento de Capacidades en la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal.

Modalidad virtual, remota, sincrónica y asincrónica.

80 Horas

Javier Alonso Villamizar Suárez
Secretario de Salud Departamental

SENA
REGIONAL SANTANDER

EL CENTRO INDUSTRIAL DE MANTENIMIENTO INTEGRAL

CERTIFICA

Que ANA PATRICIA DELGADO ALVARADO identificado(a) con Cedula de Ciudadania No 37.720.469 de Bucaramanga, realizó y aprobó el curso de SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST con una intensidad horaria de Cincuenta (50) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó
A: Aprobó

Se expide en Girón, a los ocho (8) días del mes de noviembre de dos mil dieciseis (2016)

Firmado Digitalmente por
CLAUDIA CELINA MARIN ARIZA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

CLAUDIA CELINA MARIN ARIZA
SUBDIRECTORA CENTRO INDUSTRIAL DE MANTENIMIENTO INTEGRAL
REGIONAL SANTANDER

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número

POSITIVA

POSITIVA EDUCA

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

Mediante registro RCO-0002 del Ministerio de Trabajo, que avala el proceso de formación acorde con la Resolución No. 4927 de 2016

y en su nombre

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A

Certifican que:

Ana Patricia Delgado Alvarado

Identificado (a) con No. 37720469

Cursó y aprobó satisfactoriamente el curso de:

Certificación de capacitación, Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST)

Con una intensidad de estudio de 50 horas

Se expide en Bogotá D.C. a los 5 días del mes de diciembre de 2018

El proceso académico es garantizado por la Universidad de La Sabana bajo convenio suscrito con POSITIVA Compañía de Seguros S.A

MINHACIENDA

GOBIERNO DE COLOMBIA

Universidad de La Sabana

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Positiva Compañía de Seguros S.A.

Certifican que:

ANA PATRICIA DELGADO ALVARADO

Identificado(a) con documento de identidad No CC37720469

Asistió en calidad de participante a:

Curso de Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST)

Realizado el 10 de septiembre de 2021 con una intensidad horaria de 50 horas.
Luego de cumplir con las actividades programadas y reunir los requisitos que exigen las normas académicas se firma en Bogotá, Colombia, el 19 de noviembre de 2021

Camilo Eusebio Gómez Cristancho
Vicepresidente de Promoción y prevención Positiva

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

Positiva Compañía de Seguros · @PositivaCol · PositivaCol · Positiva Colombia

El emprendimiento es de todos · Minhacienda

Positiva Compañía de Seguros S.A.

Certifican que:

ANA PATRICIA DELGADO ALVARADO

Identificado(a) con documento de identidad No CC37720469

Asistió en calidad de participante a:

Curso 20 horas del SG-SST - Actualización del proceso educativo virtual

Realizado el 10 de septiembre de 2021con una intensidad horaria de 20 horas.
Luego de cumplir con las actividades programadas y reunir los requisitos que exigen las normas académicas se firma en Bogotá, Colombia, el 1 de diciembre de 2021

Camilo Eusebio Gómez Cristancho
Vicepresidente de Promoción y prevención Positiva

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

Positiva Compañía de Seguros · #PositivaCol · PositivaCol · Positiva Colombia

El emprendimiento es de todos · Minhacienda

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

ANA PATRICIA DELGADO ALVARADO

Con Cédula de Ciudadanía No. 37720469

Cursó y aprobó la acción de Formación

AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD - NTC ISO 9001

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Cartagena. a los once (11) dias del mes de diciembre de dos mil veintitres (2023)

Firmado Digitalmente por

SANDRA PATRICIA TORRES BENAVIDES
Subdirectora (E)
CENTRO AGROEMPRESARIAL Y MINERO
REGIONAL BOLÍVAR

94855677 - 11/12/2023
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9104002881679CC37720469C.

La Corporación Universitaria de Santander

UDES

Aprobada por el Ministerio de Educación Nacional
de conformidad con la Personería Jurídica No. 810 de 1996
Teniendo en cuenta que:

ANA PATRICIA DELGADO ALVARADO

C.C. Nº. 37.720.469 Expedida en: BUCARAMANGA

Cursó y aprobó los estudios programados por esta Institución Universitaria
y cumplió con las exigencias legales y reglamentarias,
le confiere el título de:

PROFESIONAL EN INSTRUMENTACION QUIRURGICA

En constancia de lo anterior se firma y sella este Diploma,
en la ciudad de Bucaramanga, el día 23 del mes OCTUBRE del año 2.001

Rector

Secretaria General

Director del Programa

Registrado en el folio 3232 Libro A-7 Nº de Acta 05625

Diploma No

UDES
Universitaria de Santander

EL SUSCRITO SECRETARIO GENERAL DE LA CORPORACIÓN UNIVERSITARIA DE SANTANDER, CERTIFICA Que en los archivos de la Corporación, figura la siguiente ACTA DE GRADO **No. 05625** En la ciudad de Bucaramanga Departamento de Santander, República de Colombia a los VEINTITRES (23) días del mes OCTUBRE del año DOS MIL UNO (2001) se reunió el Consejo Académico de la **CORPORACIÓN UNIVERSITARIA DE SANTANDER.**
Presidió la sesión RAFAEL SERRANO SARMIENTO
obró como Secretario JOSE ANGEL RANGEL CHACÓN
Considerando el Consejo que ANA PATRICIA DELGADO ALVARADO
Con cedula de ciudadanía número 37720.469 Expedida en BUCARAMANGA
y libreta militar número Expedida por
ha cumplido con las disposiciones legales y reglamentarias, ha presentado el proyecto de grado con el título

C.D. INTERACTIVO DE TECNICAS MEDICO QUIRURGICAS EN GINECOLOGIA.

y ha obtenido como promedio ponderado de la carrera la calificación de (3,95) TRES PUNTO NOVENTA Y CINCO sobre cinco, otorgan en nombre de la República de Colombia se le otorga el título de

PROFESIONAL EN INSTRUMENTACION QUIRURGICA

Bajo la gravedad de juramento el graduando promete cumplir con los deberes propios del ejercicio de su profesión.

Para constancia se expide y firma la presente acta

Rector, RAFAEL SERRANO SARMIENTO

Director del Programa, MARIANA PARDO CONTRERAS

Secretario General, JOSE ANGEL RANGEL CHACÓN

Hacia constar que el Acta SUPERIOR DE COLOMBIA, BUCARAMANGA, CORPORACIÓN UNIVERSITARIA DE SANTANDER
Es fiel copia de su original tomada el día VEINTITRES (23) del mes de OCTUBRE de DOS MIL UNO (2001)

SECRETARIO GENERAL

UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN

SECCIONAL BUCARAMANGA

PERSONERIA JURIDICA RESOLUCIÓN No. 1560 DE MARZO 29 DE 2007
DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

ACTA DE GRADO No. 088 LIBRO No. 012 FOLIO No. 3920

EL SEÑOR RECTOR DE ACUERDO A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO
24 DE LA LEY 30 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 1992 Y
CONFORME A SUS FACULTADES ESTATUTARIAS, CONSIDERANDO QUE:

Ana Patricia Delgado Alvarado

C.C. No. *37720469 de Bucaramanga (Sder)*

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE TODOS LOS REQUISITOS EXIGIDOS
POR LOS ACUERDOS Y REGLAMENTOS DE LA ENTIDAD,
RESUELVE OTORGARLE EL TÍTULO DE:

Especialista En Salud Ocupacional Y Riesgos Laborales

EN NOMBRE Y REPRESENTACIÓN DE LA UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN, UMB,
SECCIONAL BUCARAMANGA Y PREVIO EL JURAMENTO DE RIGOR, EL SEÑOR RECTOR PROCEDIÓ
A LA ENTREGA DEL DIPLOMA QUE LE ACREDITA PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN
DE CONFORMIDAD CON LA LEGISLACION VIGENTE

EN EL SITIO ARRIBA DE LO ANTERIOR SE FIRMA Y SELLA LA PRESENTE ACTA DE GRADO
EN LA CIUDAD DE BUCARAMANGA
ESTE ES COPIA DEL ORIGINAL Y TOMADO A LOS 19 DIAS DEL MES 5 DE 2017

RECTOR

DIRECTOR DE GESTIÓN Y CONTROL ACADÉMICO

DIRECTOR DE PROGRAMA

SECRETARIO GENERAL

No. P3093

RESOLUCION NÚMERO 00 - 10508 DE 2017

POR LA CUAL SE OTORGA UNA LICENCIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

EL SUSCRITO SECRETARÍO DE SALUD DEPARTAMENTAL

En uso de sus facultades legales, y en especial las conferidas en la Ley 1562 de 2012 y la Resolución 04502 de 2012 y,

CONSIDERANDO:

Que **ANA PATRICIA DELGADO ALVARADO** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 37720469 ha solicitado licencia para la prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el trabajo ante la Secretaría de Salud Departamental de Santander.

Que de conformidad con el artículo segundo de la Resolución 04502 del 28 de Diciembre de 2012, el peticionario ha presentado la documentación requerida para la expedición de la Licencia en Salud Ocupacional para la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el trabajo

Que por lo antes expuesto, el Secretario de Salud Departamental.

RESUELVE:

ARTÍCULO 1: Otórguese LICENCIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO A: **ANA PATRICIA DELGADO ALVARADO. -** PROFESIONAL EN INSTRUMENTACION QUIRURGICA -. ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL Y RIESGOS LABORALES, identificado(a) con Cedula de Ciudadanía No. 37720469, en las áreas de Instrumentación Quirurgica en Seguridad y Salud en el trabajo, Investigación en área técnica, Investigación del accidente de trabajo, Educación, Capacitación, Diseño, Administración y Ejecución del Sistema de gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

ARTÍCULO 2: La Licencia de que trata el artículo anterior se concede por el término de Diez (10) años contados a partir de la fecha de expedición de la presente Resolución.

ARTÍCULO 3: Cuando se modifique las condiciones por la cual se otorgó esta Licencia, en el término máximo de un mes se debe informar a la Secretaria de Salud de Santander para la modificación de la misma.

ARTÍCULO 4: Esta Licencia es válida en todo el Territorio Nacional y tendrá carácter personal e intransferible.

ARTÍCULO 5: Contra la presente Resolución procede los recursos legales

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bucaramanga a los 21 JUL. 2017

LUIS ALEJANDRO RIVERO OSORIO
Secretario de Salud Departamental

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
DELGADO	ALVARADO	ANA PATRICIA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 37720469	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 04 MES 10 AÑO 1978

PAÍS COLOMBIA

DEPTO SANTANDER

MUNICIPIO BUCARAMANGA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 4A 8 36 CASA

PAÍS COLOMBIA DEPTO SANTANDER

MUNICIPIO SAN VICENTE DE CHUCURÍ

TELÉFONO 3134411720 EMAIL anapattydeal@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	1995
										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	
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN SALUD OCUPACIONAL Y RIESGOS LABORALES	03	2017	10508
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTION	04	2013	
POSTGRADO	2	X			03	2013	
PREGRADO	8	X		INSTRUMENTACION QUIRURGICA	11	2000	12084

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:

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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*
GOBERNACION DE SANTANDER	EDUCACIÓN INFORMAL			X	FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES EN LA RUTA INTEGRAL MATERNO		
SGS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	32	X		AUDITOR INTERNO INTEGRAL ISO 9001 ISO 14001 OHSAS 18001	12	2012
CUERPO DE BOMBEROS DE SAN VICENTE DE	EDUCACIÓN INFORMAL	12	X		PRIMERA RESPUESTA A UNA EMERGENCIA	06	2018
POSITIVA	EDUCACIÓN INFORMAL	12	X		PREVENCION DE RIESGOS DE FACTORES PSICOSOCIALES	08	2019
EQUIDAD	EDUCACIÓN INFORMAL	2	X		INVESTIGACION DE INCIDENTES Y ACCIDENTES	10	2019
SENA	EDUCACIÓN INFORMAL	120	X		APLICACION DE ESTANDARES DE HABILITACION DE INSTITUCIONES DE SALUD BAJO LA NUEVA RESOLUCION 3100 DE 2019	11	2020
FUNCION PUBLICA	EDUCACIÓN INFORMAL	20	X		INTEGRIDAD, TRANSPARENCIA Y LUCHA CONTRA LA ANTICORRUPCION	12	2020
POLITECNICO DE COLOMBIA	EDUCACIÓN INFORMAL	120	X		HUMANIZACION EN LA PRESTACION DE SERVICIO DE SALUD	05	2021
POSITIVA	EDUCACIÓN INFORMAL	50	X		SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	09	2021
FUNCION PUBLICA	EDUCACIÓN INFORMAL		X		FUNDAMENTOS GENERALES DE MIPG	10	2021
FUNCION PUBLICA	EDUCACIÓN INFORMAL		X		AUDITORIA DEL MODELO INTEGRADO DE PLANEACION Y GESTION - MIPG	10	2021

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*
ESPAÑOL			X			X			X

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE HOSPITAL SAN SEBASTIAN SURATA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* SURATÁ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3124312763	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	03	*Mes*	07	*Año* 2025	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL `PRESTAR SERVICIOS PROFESIONAL	*DEPENDENCIA* AREA CALIDAD DE LOS SERVICIOS					*DIRECCIÓN* CARRERA 4 1 6 BARRIO EL PORTAL						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6910030	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	27	*Mes*	01	*Año* 2025	*Día*	26	*Mes*	12	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO PROFESIONA PLANEACION	*DEPENDENCIA* DESARROLLO Y PLANEACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 33 28 126						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL EL CARMEN DE CHUCURI			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* EL CARMEN DE CHUCURI					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6063515280	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	07	*Mes*	01	*Año* 2025	*Día*	06	*Mes*	09	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL `PRESTAR SERVICIOS PROFESIONAL	*DEPENDENCIA* SUBDIRECCION CIENTIFICA Y/O ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 3 8 15 BARRIO EL BOSQUE						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE HOSPITAL SAN SEBASTIAN SURATA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* SURATÁ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3134411720	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	13	*Mes*	01	*Año* 2025	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL `PRESTAR SERVICIOS PROFESIONAL	*DEPENDENCIA* AREA GESTION DE CALIDAD					*DIRECCIÓN* CARRERA 4 1 6 BARRIO EL PORTAL						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL EL CARMEN DE CHUCURI			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* EL CARMEN DE CHUCURI					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3134411720	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	09	*Año* 2024	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ``PRESTAR SERVICIOS PROFESIONA	*DEPENDENCIA* "SUBDIRECCION CIENTIFICA"					*DIRECCIÓN* CALLE 3 8 15 BARRIO EL BOSQUE						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE HOSPITAL SAN SEBASTIAN SURATA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* SURATÁ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3134411720	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	05	*Mes*	07	*Año* 2024	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ``PRESTAR SERVICIOS PROFESIONA	*DEPENDENCIA* AREA DE CALIDAD DE LOS SERVICI					*DIRECCIÓN* CARRERA 4 1 6 BARRIO EL PROTAL						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL EL CARMEN DE CHUCURI			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* EL CARMEN DE CHUCURI					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3118025193	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	28	*Mes*	05	*Año* 2024	*Día*	27	*Mes*	08	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL `PRESTAR SERVICIOS PROFESIONAL	*DEPENDENCIA* "SUBDIRECCION CIENTIFICA"					*DIRECCIÓN* CALLE 3 8 15 BARRIO EL BOSQUE						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL EL CARMEN DE CHUCURI			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* EL CARMEN DE CHUCURI					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6063515280	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	17	*Mes*	01	*Año* 2024	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO A LA SUBDIRECCION	*DEPENDENCIA* "SUBDIRECCION CIENTIFICA"					*DIRECCIÓN* CALLE 3 8 15 BARRIO EL BOSQUE						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL ALVARO RAMIREZ GONZALEZ SAN MARTIN			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CESAR	*MUNICIPIO* SAN MARTÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	02	*Año* 2024	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ACTUALIZAR E IMPLEMENTAR SGSST	*DEPENDENCIA* "TALENTO HUMANO"					*DIRECCIÓN* CARRERA 9 20 1 BARRIO EL CARMEN						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL EL CARMEN DE CHUCURI			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* EL CARMEN DE CHUCURI					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3132435959	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	05	*Mes*	09	*Año* 2023	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO SUBDIRECCION CIENTIFICA	*DEPENDENCIA* SUBDIRECCION CIENTIFICA Y/O ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CARRERA 8 3 15 BARRIO EL BOSQUE						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL ALVARO RAMIREZ GONZALEZ SAN MARTIN			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CESAR	*MUNICIPIO* SAN MARTÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3160232023	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	08	*Año* 2023	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ACTUALIZAR E IMPLEMENTAR SGSST	*DEPENDENCIA* "TALENTO HUMANO"					*DIRECCIÓN* CARRERA 9 20 1 BARRIO LA CUMBRE						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL PUERTO ASIS - PUERTO ASIS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO PUTUMAYO	*MUNICIPIO* PUERTO ASÍS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4229148	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	05	*Año* 2023	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA CALIDAD					*DIRECCIÓN* CARRERA 29 10 10 PUEBLO NUEVO						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL EL CARMEN DE CHUCURI			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* EL CARMEN DE CHUCURI					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3134411720	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	05	*Mes*	07	*Año* 2023	*Día*	04	*Mes*	09	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO PROFESIONAL SUBGERENCIA	*DEPENDENCIA* SUBDIRECCION CIENTIFICA Y/O ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 3 8 15 BARRIO EL BOSQUE						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL ALVARO RAMIREZ GONZALEZ SAN MARTIN			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CESAR	*MUNICIPIO* SAN MARTÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3167591264	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	02	*Año* 2023	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ACTUALIZAR E IMPLEMENTAR SGSST	*DEPENDENCIA* "TALENTO HUMANO"					*DIRECCIÓN* CARRERA 9 20 01 BARRIO LA CUMBRE						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL PUERTO ASIS - PUERTO ASIS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO PUTUMAYO	*MUNICIPIO* PUERTO ASÍS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3134411720	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	02	*Año* 2023	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA CALIDAD					*DIRECCIÓN* CARRERA 29 10 10						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL EL CARMEN DE CHUCURI			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* EL CARMEN DE CHUCURI					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3134411720	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	03	*Mes*	02	*Año* 2023	*Día*	02	*Mes*	04	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA CALIDAD					*DIRECCIÓN* CALLE 3 8 5 BARRIO EL BOSQUE						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL EL CARMEN DE CHUCURI			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* EL CARMEN DE CHUCURI					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3134411720	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	02	*Año* 2023	*Día*	02	*Mes*	04	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CALIDAD Y SUBGERENCIA CIENTIFI					*DIRECCIÓN* Carrera 3 # 8 - 15						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL PUERTO ASIS - PUERTO ASIS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO PUTUMAYO	*MUNICIPIO* PUERTO ASÍS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3105592173	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	07	*Año* 2022	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CALIDAD Y SUBGERENCIA CIENTIFI					*DIRECCIÓN* CARRERA 29 13 19						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL ALVARO RAMIREZ GONZALEZ SAN MARTIN			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CESAR	*MUNICIPIO* SAN MARTÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3167591264	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	09	*Año* 2022	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA SEGURIDAD Y SALUD EN EL T					*DIRECCIÓN* CARRERA 9 20 01 BARRIO LA CUMBRE						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL EL CARMEN DE CHUCURI			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* SAN VICENTE DE CHUCURÍ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6063515280	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	04	*Año* 2022	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CALIDAD					*DIRECCIÓN* CALLE 8 11 50						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL ALVARO RAMIREZ GONZALEZ SAN MARTIN			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CESAR	*MUNICIPIO* SAN MARTÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3167591264	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	03	*Año* 2022	*Día*	30	*Mes*	05	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE SEGURIDAD Y SALUD EN E					*DIRECCIÓN* CARRERA 9 0 01 BARRIO LA CUMBRE						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL EL CARMEN DE CHUCURI			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* SAN VICENTE DE CHUCURÍ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6063515280	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	03	*Mes*	01	*Año* 2022	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CALIDAD					*DIRECCIÓN* CALLE 8 11 50						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL EL CARMEN SEDE SAN VICENTE DE CHUCURI			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* SAN VICENTE DE CHUCURÍ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	07	*Año* 2021	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CALIDAD					*DIRECCIÓN* CALLE 10N 11 50						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL LOCAL DE PUERTO ASIS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO PUTUMAYO	*MUNICIPIO* PUERTO ASÍS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4229148	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	05	*Año* 2021	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CALIDAD					*DIRECCIÓN* CARRERA 29N 10 10						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL EL CARMEN SEDE SAN VICENTE DE CHUCURI			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* SAN VICENTE DE CHUCURÍ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	04	*Mes*	01	*Año* 2021	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CALIDAD					*DIRECCIÓN* CALLE 10N 11 50						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL EL CARMEN SEDE SAN VICENTE DE CHUCURI			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* SAN VICENTE DE CHUCURÍ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	06	*Año*	2020	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* CALLE 10N 11 50					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL EL CARMEN SEDE SAN VICENTE DE CHUCURI			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* SAN VICENTE DE CHUCURÍ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	14	*Mes*	01	*Año*	2020	*Día*	15	*Mes*	06	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CALIDAD						*DIRECCIÓN* CALLE 10N 11 50					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD MUNICIPIO SAN VICENTE DE CHUCURI			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	02	*Año*	2019	*Día*	04	*Mes*	06	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* Sin dirección					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD MUNICIPIO SAN VICENTE DE CHUCURI			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	06	*Mes*	08	*Año*	2018	*Día*	20	*Mes*	12	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* RECURSOS HUMANOS						*DIRECCIÓN* Sin dirección					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL EL CARMEN			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* SAN VICENTE DE CHUCURÍ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	01	*Año*	2018	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CALIDAD						*DIRECCIÓN* 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 MUNICIPIO SAN VICENTE DE CHUCURI			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	30	*Mes*	01	*Año* 2018	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* Sin dirección						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL EL CARMEN SEDE SAN VICENTE DE CHUCURI			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* SAN VICENTE DE CHUCURÍ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	18	*Mes*	10	*Año* 2017	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2017	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CALIDAD					*DIRECCIÓN* CALLE 10N 11 50						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD MUNICIPIO SAN VICENTE DE CHUCURI			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* SAN VICENTE DE CHUCURÍ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6254562	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	30	*Mes*	10	*Año* 2017	*Día*	29	*Mes*	12	*Año*	2017	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE RECURSOS HUMANOS					*DIRECCIÓN* CALLE 11N °10 07						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD JAHSALUD IPS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* SAN VICENTE DE CHUCURÍ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	11	*Año* 2015	*Día*	17	*Mes*	10	*Año*	2017	
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINADORA DE CALIDAD	*DEPENDENCIA* ADMINSITRATIVA					*DIRECCIÓN* Sin dirección						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD JAHSALUD IPS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* SAN VICENTE DE CHUCURÍ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	03	*Año* 2013	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2015	
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINADORA GENERAL	*DEPENDENCIA* ADMINSITRATIVA					*DIRECCIÓN* 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 CAPRECOM-HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍ* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3134411720	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año* 2009	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2011
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINADORA DE CIRUGIA	*DEPENDENCIA* CIRUGIA					*DIRECCIÓN* CALLE 29N 10 10 Barrio Allende					

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	2	8
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	6	9
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	5	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 __ 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 Patty Deal

Surata, 02 de enero de 2026

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

Función Pública

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

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, ANA PATRICIA DELGADO ALVARADO

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 37.720.469 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN: FLORIDABLANCA

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	SANTANDER	FLORIDABLANCA

Dirección	Teléfonos
Carrera 6 No. 24-00 Lagos IV etapa Torre 5 apto 402	3134411720

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
MARIANA ZULUAGA DELGADO	1.142.718.719	HIJA
CARLINA ALVARADO DE DELGADO	63.279.064	MADRE
WILSON LARRY DELGADO CEPEDA	91.201.074	PADRE

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	120.000.000
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	14.400.000
ARRIENDOS	8.400.000
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	$ 142.800.000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCO DAAVIVIENDA	AHORROS	48170009517	SAN VICENTE DE CHUCURI	$ 2.000.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR
VEHICULO	PLACA HVY MODELO 2014	$ 40.000.000
VEHICULO	PLACA KMV869 MODELO 2022	$ 110.000.000

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
BANCO DAVIVIENDA	PRESTAMO	$ 25.000.000
BANCO BBVA	PRESTAMO	$ 4.000.000

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

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. C.E. T.I.	N°

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA 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 PARTICIPACIÓN

3. FIRMA

Patty Deal

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

FLORIDABLANCA, 01/07/2025

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 37.720.469

DELGADO ALVARADO

APELLIDOS

ANA PATRICIA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 04-OCT-1978

BUCARAMANGA
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.53	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

26-NOV-1996 BUCARAMANGA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-6400200-00259902-F-0037720469-20101011 0024355051A 2 25661517

MINISTERIO DE SALUD
GOBERNACION DE SANTANDER
SECRETARIA DE SALUD

Resolución No. 12024-2001

Nombre: ANA PATRICIA DELGADO ALVARADO

C.C. No. 37720469 De BUCARAMANGA

Profesión: PROFESIONAL EN INST. QUIRURGICA

Fecha Inscrip. 19 de diciembre de 2001

Secretario de Salud Deptal.

Vigilancia y Control

DIAN
POR UNA COLOMBIA MAS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14892062031

(415)7707212489984(8020) 000001489206203 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 7 7 2 0 4 6 9	4	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga 4	

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	3 7 7 2 0 4 6 9	1 9 9 6 1 1 2 6

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
DELGADO	ALVARADO	ANA	PATRICIA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Floridablanca 2 7 6

41. Dirección principal
BRR LAGOS IV ETAPA TO 5 SEC A AP 402

42. Correo electrónico celisach@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 3 4 4 1 1 7 2 0	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 2	51. Código	52. Número establecimientos
8 2 1 1	2 0 1 8 0 1 1 9	8 6 9 2	2 0 1 8 0 9 2 5	7 0 2 0		

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	4	9																							

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

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 renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 01 - 30 / 08 : 18: 20

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 DELGADO ALVARADO ANA PATRICIA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MAS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14892062031

(415)7707212489984(8020) 000001489206203 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
		Impuestos y Aduanas de Bucaramanga 4	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos farmaceuticos, medicinales, y odontolog 5 2 3 1	

162. Nombre del establecimiento: DROGUERIA POPULAR NO. 1

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Putumayo 8 6	Puerto Asís 5 6 8	

165. Dirección: CL 10 19 48 BRR CENTRO

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
3 6 4 1 1 2	2 0 0 9 0 3 3 1	
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**	
3 1 3 4 4 1 1 7 2 0	2 0 1 2 0 8 2 2	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**	

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

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 *

37720469

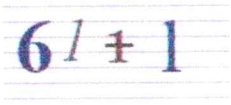
Primer Nombre

ANA

Primer Apellido

DELGADO

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

4409

Limpiar

Resultado General -2024-01-18→2:21:00 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:
CC	37720469	ANA	PATRICIA	DELGADO	ALVARADO	Vigente

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) ANA PATRICIA DELGADO ALVARADO identificado(a) con CC 37720469 registra La siguiente información:

2024-01-18→2:21:00 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Instrumentación quirúrgica	2001-12-12	12084	DTS DEPARTAMENT DE SANTANDEI

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

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	ANA PATRICIA DELGADO ALVARADO
IDENTIFICACIÓN:	CC-37720469
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-02-06
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-02-16
FECHA DE PAGO:	2026-01-29
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERÍODO PENSIÓN:	2026-01
PERÍODO SALUD:	2026-01
NÚMERO PLANILLA:	36152231
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	36152231
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 4.080.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 510.000	$ 510.000
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 4.080.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 652.800	$ 652.800
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 4.080.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 99.400	$ 99.400
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.262.200	$ 1.262.200

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	16/03/2026

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

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

CERTIFICA

Que Ana Patricia Delgado Alvarado, identificado(a) con CC número 37720469, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 37720469
NOMBRES Y APELLIDOS	Ana Patricia Delgado Alvarado
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	04/10/1978
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/07/2016
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	218 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	181 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	51 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/07/2016
NIVEL SISBEN	1
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 37720469 ANA PATRICIA DELGADO ALVARADO Desde 01/07/2024 - Vigente

Generado por interfaces

29/12/2025

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

ANA PATRICIA DELGADO ALVARADO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **37.720.469**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 29 de Diciembre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co *y actualice su Historia Laboral.*

CER_AFI_2026017604262

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

ANA PATRICIA DELGADO ALVARADO identificado con CC. 37720469 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

Nombres y/o Razón	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
Tipo y Numero de Documento	NI - 900006037

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL

Fecha de inicio de cobertura	2026/01/21	**Fecha inicio contrato**	2026/01/20
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/12/25
Riesgo	3	**Código actividad económica**	3861001 - Actividades de hospitales y clinicas, con internacion, comprende las actividades que consisten principalmente en
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	-	**Estado del contrato**	Activa

Esta certificación se expide a los 12 días del mes de febrero del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC12022026A37720469D8559180.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

SAN VICENTE, **29/12/2025**
ANTIOQUIA,
COLOMBIA,
A quien interese

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora ANA PATRICIA DELGADO ALVARADO** con **Cédula de Ciudadanía** número **37720469**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**0570048170009517**
Fecha de apertura	**25/04/2013**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 lunes 29 de diciembre de 2025, a las 09:56:49, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	37720469
Código de Verificación	37720469251229095649

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.

HELENA PATRICIA GARCÍA MAYA
Contralora Delegada EF

Generó: WEB

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 287076476

PIB
09:58:14

Bogotá DC, 29 de diciembre del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) ANA PATRICIA DELGADO ALVARADO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 37720469:

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

OLGA LUCIA TIBOCHA CORTES
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (E)

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.

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:02:58 AM horas del 29/12/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **37720469**

Apellidos y Nombres: **DELGADO ALVARADO ANA PATRICIA**

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

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 29/12/2025 10:01:53 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **37720469** y Nombre: **ANA PATRICIA DELGADO ALVARADO.**

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. **131330847** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 17:07:14 horas del 04/01/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **37720469,** Apellidos y Nombres **DELGADO ALVARADO ANA PATRICIA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE HOSPITAL EL CARMEN**, con NIT **804016365-1** 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.

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

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 37720469 **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 29/12/2025 10:05 AM

Código Verificación: **C5ZWD7JQ3R**

Válida hasta: **29/03/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Sin espera, porque su salud va primero.
Salud RH LTDA
Nit. 829002681 - 2
SEDE1: Calle 08 # 10 - 64 Pueblo Nuevo
SEDE 2: Carrera 11 # 7-35, Pueblo Nuevo
Cel: 3138606105 - 3114838394
Correo: salud.rh@hotmail.com
San vicente de Chucurrí



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 77.560

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
16 DÍA	01 MES	2025 AÑO	SAN VICENTE DE CHUCURÍ (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

26- PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

DELGADO ALBARADO ANA PACTRICIA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	46 AÑOS 3 MESES 13 DÍAS	CC	37720469
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
CONTRATISTA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

N/A NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : SE RECOMIENDA REALIZAR MINIMO 1 EN CADA JORNADA LABORAL, IDEALMENTE CADA 2 HORAS	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	CAPACITACIÓN : EN RIESGOS LABORALES	CONTROL DE PESO
	OTROS : SE DA EDUCACION SOBRE FACTORES DE RIESGO CARDIOMETABOLICO , MANEJO DE ESTRESS PREVENCION DE BURN OUT, ERGONOMIA, PREVENCION DE ENFERMEDADES CRONICAS	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES: VIGILAR RIESGOS BIOMECANICOS (MOVIMIENTO REPETITIVO), FISICOS (LUZ, RUIDO, VENTILACION, ESTRES POR CALOR),
-ASISTIR A CONSULTA DE ADULTEZ EN SU IPS DENTRO DE MANTENIMIENTO Y PROMOCION DE LA SALUD.
-RESTRICCIONES: NO TIENE

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: CARREÑO RANGEL MARLENY

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: DELGADO ALBARADO ANA PACTRICIA

R. M.:	1443	L.S.O.:	7300	Código de Seguridad	CC:	37720469
				X797D1J77560		

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: abb98f0f-7605-4782-b6c7-025b47bb4aef

Nombres y apellidos / Full name

ANA PATRICIA DELGADO ALVARADO

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

3 7 7 2 0 4 6 9

Fecha de nacimiento / Date of birth

04/10/1978

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

3134411720

Correo electrónico / e-mail

notiene@gmail.com

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio	Número de Lote	IPS Vacunadora	Nombres y apellidos del vacunador
Vaccine	Doses	Día / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratory	Vaccine Batch	Administering Center	Full name Vaccinator
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	17	12	2014		V501024	SAN VICENTE DE CHUCURI ESE HO	
COVID PFIZER	Primera	3	6	2021	PFIZER	FA5843	ESE HOSPITAL EL CARMEN SEDE SAN VICENTE DE CHUCURI	SILVIA JULIANA RAMIREZ SANDOVAL
COVID PFIZER	Segunda	26	6	2021	PFIZER	EY0585	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIZADO	LAURA VANESSA PIÑEROS SABOGAL
COVID MODERNA	Primer Refuerzo	1	12	2021	MODERNA SWITZERLAND GMBH	940877	ESE HOSPITAL EL CARMEN SEDE SAN VICENTE DE CHUCURI	SILVIA JULIANA DIAZ DIAZ
COVID PFIZER	Segundo Refuerzo	18	7	2022	PFIZER	PCA0070	ESE HOSPITAL LOCAL	OTILIA CORTES BARRAGAN
Fiebre Amarilla	Única	25	4	2025	Fabricante	23F0030	BUCARAMANGA HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER	EDINSON DAMIAN MOGOLLON SANCHEZ - CC1005196026 - Activo
TD Adulto	Segunda	25	4	2025	Serum	2333L037C	BUCARAMANGA HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER	EDINSON DAMIAN MOGOLLON SANCHEZ - CC1005196026 - Activo

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

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

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

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

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

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

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

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