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 |
|---|---|---|
| PAEZ | PEREZ | LUCELLY |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | GENERO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 33704366 | 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 26 MES 08 AÑO 1985 | | | | |
| PAÍS | COLOMBIA | PAÍS | | DEPTO | |
| DEPTO | CALDAS | MUNICIPIO | | | |
| MUNICIPIO | LA DORADA | TELÉFONO | | EMAIL | lucelly_paezperez@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 | 11 | AÑO | 2008 |

**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 | 1 | X | | NIVEL AVANZADO ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS SEGUN ESPECIE | 06 | 2017 | |
| PREGRADO | 1 | X | | ORGANIZACION DE ARCHIVOS DE | 11 | 2014 | |
| PREGRADO | 1 | X | | ATENCION AL CLIENTE EN LA ORGANIZACION | 07 | 2014 | |
| PREGRADO | 12 | X | | TECNICO EN AUXILIAR EN ENFERMERIA | 06 | 2013 | |
| PREGRADO | 1 | X | | GESTION DE SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL | 04 | 2013 | |
| PREGRADO | 1 | X | | GESTORES EN PROMOCION Y PREVENCION EN SALUD PUBLICA | 11 | 2001 | |

## 3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

**EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO**



Powered by CamScanner

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

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

## 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 VIGENTE | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>Cargando... | | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>CALDAS | *MUNICIPIO*<br>LA DORADA | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>8576950 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 22 | *Mes* | 04 | *Año* | 2025 | *Día* | | *Mes* | | *Año* | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>AUXILIAR ENFERMERIA | *DEPENDENCIA*<br>4505 Y AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 2 14 37 | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO IMSALUD | | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>CALDAS | *MUNICIPIO*<br>LA DORADA | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 29 | *Mes* | 01 | *Año* | 2025 | *Día* | | *Mes* | | *Año* | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>1172 AUXILIAR ADMINISTRATIVA | *DEPENDENCIA*<br>ADMI-ASISTENCIAL | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 9A NORTE 40 45 NORTE | | | | | |

Powered by CamScanner

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

## Persona Natural

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

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>E.S.E SALUD DORADA | | PÚBLICA | PRIVADA<br>X | PAÍ<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO<br>CALDAS | MUNICIPIO<br>LA DORADA | | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | |
| TELÉFONOS<br>3187345759 | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | |
| | Día | 26 | Mes | 06 | Año | 2025 | Día | 10 | Mes | 11 | Año | 2025 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>AUXILIAR DE ENFERMERIA | DEPENDENCIA<br>4505 Y AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | DIRECCIÓN<br>CARRERA 2 null null Carrera 2 14 - 37 | | | | | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>Cargando... | | PÚBLICA | PRIVADA<br>X | PAÍ<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO<br>CUNDINAMARCA | MUNICIPIO<br>GUADUAS | | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | |
| TELÉFONOS<br>6017460909 | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | |
| | Día | 28 | Mes | 12 | Año | 2023 | Día | 28 | Mes | 04 | Año | 2024 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA | DEPENDENCIA<br>4505 Y AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | DIRECCIÓN<br>CARRERA 23 73 19 | | | | | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>Cargando... | | PÚBLICA | PRIVADA<br>X | PAÍ<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO<br>CUNDINAMARCA | MUNICIPIO<br>PUERTO SALGAR | | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | |
| TELÉFONOS<br>3238160824 | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | |
| | Día | 11 | Mes | 02 | Año | 2021 | Día | 06 | Mes | 02 | Año | 2022 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA | DEPENDENCIA<br>4505 Y AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | DIRECCIÓN<br>TRANSVERSAL 1 1 29 | | | | | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>Cargando... | | PÚBLICA | PRIVADA<br>X | PAÍ<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO<br>CUNDINAMARCA | MUNICIPIO<br>PUERTO SALGAR | | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | |
| TELÉFONOS<br>323493543 | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | |
| | Día | 22 | Mes | 01 | Año | 2019 | Día | 08 | Mes | 01 | Año | 2021 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA | DEPENDENCIA<br>4505 Y AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | DIRECCIÓN<br>CARRERA 2 1 5 | | | | | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>E.S.E HOSPITAL SAN FELIX | | PÚBLICA | PRIVADA<br>X | PAÍ<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO<br>CALDAS | MUNICIPIO<br>LA DORADA | | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | |
| TELÉFONOS<br>68390849 | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | |
| | Día | 16 | Mes | 07 | Año | 2013 | Día | 16 | Mes | 08 | Año | 2017 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>AUXILIAR EN ENFERMERIA - ENFER | DEPENDENCIA<br>4505 Y AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | DIRECCIÓN<br>CALLE 12 5 20 | | | | | |

Powered by CamScanner

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 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 | 11 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 8 | 5 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 0 | 0 |
| EXPERIENCIA DOCENTE | 0 | 0 |

## 8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO __ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E 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*

Powered by CamScanner

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

**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*



Powered by CamScanner

**COLEGIO**
**LOS LIBERTADORES**
**VICTORIA - CALDAS**

*Acta Individual de Graduación*

*Acta de Graduación N° 238*

*Folio N° 270*

En la ciudad de Manizales a los 06 días del mes de DICIEMBRE de 2008, se reunieron los suscritos Rector(a) y Secretaria del **COLEGIO LOS LIBERTADORES**, con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes del último nivel de la **EDUCACIÓN MEDIA ACADEMICA**, institución aprobada hasta undécimo grado y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional a través de la Secretaría de Educación del Departamento de Caldas, según Resolución No 007995 del 04 de Diciembre de 1998 para otorgar el título de:

*Bachiller Académico*

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, y en cumplimiento de lo establecido en la Constitución Nacional de 1991; Ley 115 de Febrero 8/94; Decreto 1860 de Agosto 3/94; se procede a otorgar el **TITULO DE BACHILLER ACADEMICO** al graduando cuyos Nombres y apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

*Lindy Paz Paz*

*Identificado (a) con C.C. No. 33.704.366 Chiquinquira*

*Firmada por: Rector(a) MARCO HERNAN MARTINEZ GARCIA*
*Secretaria PATRICIA ADRIANA SALAZAR GONZALEZ*

Para constancia, se firma y sella en Manizales, a los 24 días del mes de MAYO de 2013. En cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 7° del decreto 180 de 1981. (Resolución 16 del 28 de Mayo de 2013)

Fiel Copia Tomada de Original

MARIA MIRIAM QUINTERO G
Rectora

PATRICIA ADRIANA SALAZAR G.
Secretaria

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN EDUCATIVA DE COLOMBIA
FUNDECOL

No. distinguimos por la Excelencia Académica y Calidad Humana

# ACTA INDIVIDUAL DE CERTIFICACIÓN

En la ciudad de La Dorada, Caldas, el día Quince (15) del mes de junio del año dos mil Trece (2013). Se reunieron con el fin de formalizar la **Certificación** de los estudiantes del último semestre, las suscritas Rectora y Secretaria, en la Rectoría de la **FUNDACION EDUCATIVA DE COLOMBIA "FUNDECOL"**, Institución aprobada según Acuerdo Ejecutivo No. 168 del 21 de mayo del 2009 de la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud y Resolución No. 1156 del 11 de marzo del 2011 emanada de la Secretaria de Educación Departamental de Caldas, para otorgar el:

**CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL COMO TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN EL AREA DE AUXILIAR EN ENFERMERIA**

**a:**

**LUCELLY PAEZ PEREZ**

**Identificada con la C.C. No. 33.704.366 de Chiquinquira**

Quien cumplió con una intensidad de 1800 horas teórico-prácticas y con los requisitos y exigencias académicas establecidas en los reglamentos y normas legales vigentes. Le otorga el certificado que lo acredita como tal.

Es fiel copia tomada del Acta Original General Nº 14 del 15 de Junio del 2013 que consta de 16 alumnos que comienza con el nombre **ARIAS VALENCIA MARIA JUDITH** y se cierra con el nombre de **VASQUEZ FORERO CARLOS ANDRES. Firmada por YESICA MONCADA LARGO (Rectora).**

**En constancia se firma y sella la presente en La Dorada-Caldas a los Seis dias (06) del mes octubre 2022.**

FUNDACION EDUCATIVA DE COLOMBIA DUPLICADO RECTORIA

FUNDACIÓN EDUCATIVA DE COLOMBIA SECRETARÍA

**ANA DOLORES BARRAZA CASTRO**
**C.C. No. 37.314.465 de Ocaña**
**Rectora**

**ADRIANA ZABALA URUEÑA**
**C.C. No.30.[illegible].631 de La Dorada**
**Secretaria**

Calle 11 No. 8 - 09 Piso 2 LA DORADA - CALDAS
Teléfono. (6) 8573652 Celular. 316 7202375
fundacioneducativadecolombia@hotmail.com

FUNDECOL

Powered by CamScanner

Hospital San Félix
E. S. E. LA DORADA - CALDAS

NIT. 810.000.913-8

**EL SUSCRITO PROFESIONAL ESPECIALIZADO DEL ÁREA ADMINISTRATIVA DE LA ESE HOSPITAL SAN FÉLIX**

**HACE CONSTAR**

**Que la señora LUCELLY PAEZ PEREZ, identificada con la cedula de ciudadanía número 33.704.366 de Chiquinquirá, se encuentra desarrollando actividades como AUXILIAR DE ENFERMERIA, mediante contrato de prestación de servicios y de apoyo a la gestión desde el 16 de Julio del 2013, con contrato renovable, devengando honorarios mensuales a razón de UN MILLON CIENTO OCHENTA Y CUATRO MIL CUARENTA PESOS M/CTE ($1.184.040)**

Dada en la Dorada, Caldas, a los (17) días del mes de agosto de dos mil diecisiete (2017).

**ANTONIO MARÍA GÓMEZ BETANCUR**
Profesional Especializado del área administrativa
E.S.E. HOSPITAL SAN FÉLIX

Elaboró: Lucia Hernández



Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

HELIOS
Concesión Vial
Nit. 900 383 374 1

**EL AREA DE GESTIÓN HUMANA**

**C E R T I F I C A:**

Que el (la) señor(a) **LUCELLY PAEZ PEREZ**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **33704366**, laboró al servicio del Consorcio Vial Helios, conformado por las firmas SACDE, CSS Constructores S.A., C.A.S y Constructora Conconcreto S.A., desde el **22 de enero de 2019** hasta el **08 de Enero de 2021**, con contrato a Término Fijo a un año, desempeñando el cargo de **Auxiliar Enfermería.**

La presente certificación se expide en Guaduas - Cundinamarca, a los ocho (08) días del mes de Enero de 2021.

Atentamente,

**GABRIEL RESTREPO ALVAREZ**
Coordinador Gestión Humana Obra

Lucelly Paez Perez

Anexo
CC
Elaboró DCG
Revisó CAA



Powered by CamScanner

[redacted]

HELIOS

**EL AREA DE GESTIÓN HUMANA**

**C E R T I F I C A:**

Que el (la) señor(a) **LUCELLY PAEZ PEREZ**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **33704366**, laboró al servicio del Consorcio Vial Helios, conformado por las firmas SACDE, CSS Constructores S.A., C.A.S y Concoconcreto S.A., desde el **11 de Febrero de 2021** hasta el **06 de Febrero de 2022**, con contrato a término fijo inferior a un año, desempeñando el cargo de **Auxiliar Enfermería**.

La presente certificación se expide en Puerto Salgar - Cundinamarca, a los **seis (06)** días del mes de **Febrero de 2022**.

Atentamente,

HELIOS

GABRIEL RESTREPO ALVAREZ
Coordinador Gestión Humana Obra

Lucelly Paez Perez
cc. 33704366

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

GTH.0180.24

**LA CRUZ ROJA COLOMBIANA**
**SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTA**

**CERTIFICA QUE**

**PAEZ PEREZ LUCELLY,** identificado(a) con cédula de ciudadanía número **33´704.366** de , tuvo suscrito con la Institución un contrato **LABOR CONTRATADA** desde el día 28 de diciembre de 2023 hasta el día 28 de abril de 2024. El último cargo que desempeñó fue de **TECNICO EN EMERGENCIAS.**

Esta certificación se expide en Bogotá D.C. a solicitud del interesado, dirigida a quien pueda interesar, a los veintiocho (28) días del mes de abril del año Dos Mil Veinticuatro (2024).

Tatiana Lopez

**CAROL TATIANA LOPEZ PEDRAZA**
Coordinadora de Nómina y Relaciones Laborales
Cruz Roja Colombiana Seccional Cundinamarca y Bogotá

Copia: Hoja de Vida
**Danna B.**



Powered by CamScanner

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141222479370

(415)7707212489984(8020) 000014122247937 0

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 3 3 7 0 4 3 6 6 | 2 | Impuestos y Aduanas de Manizales 1 0 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión illquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 3 3 7 0 4 3 6 6 | |

| Lugar de expedición 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Boyacá 1 5 | Chiquinquirá 1 7 6 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| PAEZ | PEREZ | LUCELLY | |

35. Razón social

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

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Caldas 1 7 | La Dorada 3 8 0 |

41. Dirección principal: CR 7 12 59 BRR SAN ANTONIO

42. Correo electrónico: lucelly_paezperez@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 2 0 2 4 8 5 5 0 2 | 3 2 3 2 2 4 4 0 6 8 |

## 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 |
| 4 5 4 1 | 2 0 1 8 0 8 1 6 | 8 6 9 2 | 2 0 1 3 0 7 2 2 | 7 7 1 0 | | | 1 |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 4 2 4 9 5 2

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
42- Obligado a llevar contabilidad
49 - No responsable de IVA
52 - Facturador electrónico

| Usuarios aduaneros | Exportadores |
|---|---|
| 54. Código (1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 / 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20) | 55. Forma 56. Tipo; Servicio 1 2 3; 57. Modo; 58. 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

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

Firma del solicitante

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: PAEZ PEREZ LUCELLY

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF 20-01-2026 10:48:14AM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Powered by CamScanner

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141222479370

(415)7707212409984(8020) 000014122247937 0

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|---|
| 3 3 7 0 4 3 6 6 | 2 | Impuestos y Aduanas de Manizales | 1 0 | |

## Características y formas de las organizaciones

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 62. Naturaleza | | 63. Formas asociativas | | 64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados | |
| 65. Fondos | | 66. Cooperativas | | 67. Sociedades y organismos extranjeros | |
| 68. Sin personería jurídica | | 69. Otras organizaciones no clasificadas | | 70. Beneficio | |

## Constitución, Registro y Última Reforma

| Documento | 1. Constitución | 2. Reforma |
|---|---|---|
| 71. Clase | 0 9 | |
| 72. Número | | |
| 73. Fecha | 2 0 1 8 0 8 1 6 | |
| 74. Número de notaría | | |
| 75. Entidad de registro | 0 3 | |
| 76. Fecha de registro | 2 0 1 8 0 8 1 6 | |
| 77. No. Matrícula mercantil | 5 2 4 4 8 | |
| 78. Departamento | 1 7 | |
| 79. Ciudad/Municipio | 1 8 | |
| Vigencia | | |
| 80. Desde | | |
| 81. Hasta | | |

## Composición del Capital

| | |
|---|---|
| 82. Nacional | % |
| 83. Nacional público | % |
| 84. Nacional privado | % |
| 85. Extranjero | % |
| 86. Extranjero público | % |
| 87. Extranjero privado | % |

## Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

## Estado y Beneficio

| Ítem | 89. Estado actual | 90. Fecha cambio de estado | 91. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 92. DV |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 8 1 | 2 0 2 2 0 9 2 7 | | - |
| 2 | | | | - |
| 3 | | | | - |
| 4 | | | | - |
| 5 | | | | - |

## Vinculación económica

| 93. Vinculación económica | 94. Nombre del grupo económico y/o empresarial | 95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante | 96. DV. |
|---|---|---|---|
| | | | |

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

| 170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior | 171. País | 172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP | |
|---|---|---|---|
| | | | |

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 29-01-2026 10:48:14AM

Powered by CamScanner

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario
## Establecimientos

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141222479370

(415)7707212489984(8020) 000014122247937 0

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|---|
| 3 3 7 0 4 3 6 6 | 2 | Impuestos y Aduanas de Manizales | 1 0 | |

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

**1**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica | |
|---|---|---|
| Establecimiento de comerci 0 2 | Comercio de motocicletas y de sus partes, piezas y accesorios 4 5 4 1 | |

162. Nombre del establecimiento: USED BIKE´S

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio | |
|---|---|---|
| Caldas 1 7 | La Dorada 3 8 0 | |

165. Dirección: CR 7 12 59 BRR SAN ANTONIO

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil | |
|---|---|---|
| 5 2 4 4 9 | 2 0 1 8 0 8 1 6 | |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** | |
| 3 2 3 2 2 4 4 0 6 8 | | |

**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** | |

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO



Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 33.704.366

PAEZ PEREZ

APELLIDOS

LUCELLY

NOMBRES

Lucelly Paez Perez

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 26-AGO-1985

LA DORADA
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

23-ENE-2004 CHIQUINQUIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-0904900-00780810-F-0033704366-20160104 0047908006G 2 44718064

Powered by CamScanner



LUCELLY PAEZ PEREZ

C.C. 33.70[illegible]

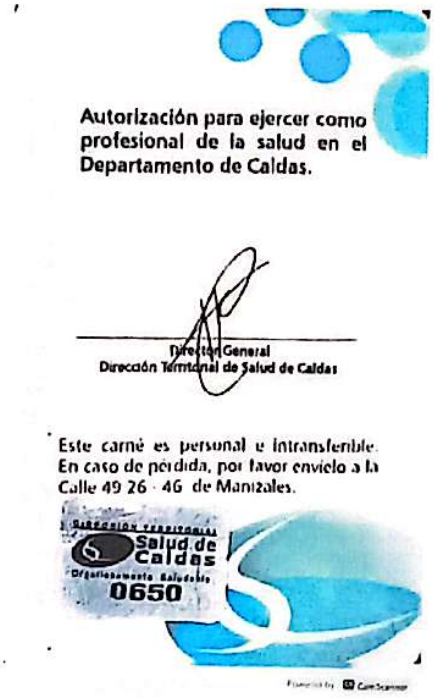
TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS

AUXILIAR EN ENFERMERÍA

Registro Nacional Nº 36669

Expedido 28/06/2013

Salud de Caldas



Autorización para ejercer como profesional de la salud en el Departamento de Caldas.

Director General
Dirección Territorial de Salud de Caldas

Este carné es personal e intransferible. En caso de pérdida, por favor envíelo a la Calle 49 26 - 46 de Manizales.

Salud de Caldas

0650

Powered by CamScanner

Territorial
Dirección Territorial de Salud de Caldas

**RESOLUCIÓN No. RP0423-2024 DE** 28 FEB 2024

***"POR LA CUAL SE CONCEDE UNA AUTORIZACIÓN PARA EL EJERCICIO PROFESIONAL EN AREAS DE AUXILIARES DE LA SALUD"***

**LA SUBDIRECCION DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y ASEGURAMIENTO DE LA DIRECCIÓN TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS,** en cumplimiento al artículo 209 de la Constitución Política de Colombia, al artículo 3 de la ley 1437 de 2011, al Decreto No.1876 de Agosto 3 de 1994 expedido por el Ministerio de Educación Nacional, Resolución 8211 del 15 de junio de 1989, Decreto 1352 de 2000, Decreto 4904 de 2009, Resolución 3030 de 2014 del Ministerio de Salud, Resolución de Delegación de Funciones 1273 del 12 de septiembre de 2013 y Resolución 060 del 3 de febrero de 2020, nombramiento de la Subdirectora de Prestación de Servicios y Aseguramiento de la Dirección Territorial de Salud de Caldas, y,

**C O N S I D E R A N D O**

Que **LUCELLY PAEZ PEREZ** con número de cédula **33.704.366** ha solicitado la autorización y registro del certificado de Aptitud Ocupacional por competencias laborales en áreas de la salud como **TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA**, título que le otorgó **EL LA FUNDACION EDUCATIVA DE COLOMBIA "FUNDECOL"**

Que, estudiada la documentación presentada, el (la) solicitante cumple con los requisitos establecidos por las normas vigentes

**R E S U E L V E**

**ARTÍCULO PRIMERO: AUTORIZAR y REGISTRAR** el certificado de Aptitud Ocupacional por competencias laborales en áreas de la salud como **TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA**, título que le otorgó **LA FUNDACION EDUCATIVA DE COLOMBIA "FUNDECOL"** a nombre de **LUCELLY PAEZ PEREZ** con número de cédula **33.704.366,** para desempeñarse en el Territorio Nacional.

**PARAGRAFO:** La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición y quedara inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS) los cinco (5) primeros días hábiles del mes siguiente teniendo en cuenta que si esta es enviada o emitida la última semana del mes se realizará el cargue el mes posterior al mes siguiente, de acuerdo a los criterios establecidos en el decreto 3030 de 2014 emanado por el Ministerio de Salud y Protección Social.

**ARTÍCULO SEGUNDO:** la presente resolución será notificada de conformidad con el articulo 65 y siguientes de la ley 1437 de 2011.

**ARTICULO TERCERO:** Contra la presente resolución procede el recurso de reposición conforme al artículo 74 de la Ley 1437 de 2011.

**NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE**

Dada en Manizales, el. 28 FEB 2024

**OLGA LUCIA CORRALES RAMIREZ**
**SUBDIRECTORA PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y ASEGURAMIENTO**

*Proyectado:*
Karen Botero
*Karen Alexandra Botero Rojas*
*Apoyo Rethus*

*Aprobado y Revisado:*

Territorial

Powered by CamScanner

CAMPUS

MÉDICPLUS
CERTIFICADOS MÉDICOS

**FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS**

NIT 901386251-7

**CERTIFICA QUE:**

**LUCELLY PÁEZ PÉREZ**

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° 34703456

Realizo y aprobo el **Curso básico** de:

**ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS (AQS) (BASICO)**

Con una intensidad horaria de **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BUCARAMANGA EL 2025-12-11
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

VERIFICAR VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL
CC 1026...

PROFESIONAL EN SALUD
1069736130

GERENTE GENERAL
CC 1069...

**RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN**

DECRETO 1072 DE 2015 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL - RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

Powered by CamScanner

CAMPUS
FUNDACIÓN EDUCATIVA

MÉDICPLUS
CERTIFICADOS MÉDICOS

# FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS
## NIT: 901386251-1

CERTIFICA QUE:

**LUCELLY PÁEZ PEREZ**

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 33704366

Realizó y aprobó el Curso básico de:

TOMA CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO (TML) BASICO

Con una intensidad horaria de:

45 horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2025-01-07. LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 año A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

VERIFIQUE VALIDEZ

| REPRESENTANTE LEGAL | PROFESIONAL EN SALUD | GERENTE GENERAL |
|---|---|---|
| 1113628529 | 1069736330 | 1069712431 |

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

CAMPUS
FUNDACIÓN EDUCATIVA

MÉDICPLUS
CERTIFICADOS MÉDICOS

# FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS
## NIT: 901386251-1

CERTIFICA QUE:

**LUCELLY PÁEZ PEREZ**

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 33704366

Realizó y aprobó el Curso básico de:

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN PAI-COVID19 (CURSO BASICO)

Con una intensidad horaria de:

45 horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2025-01-07. LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 año A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

VERIFIQUE VALIDEZ

| REPRESENTANTE LEGAL | PROFESIONAL EN SALUD | GERENTE GENERAL |
|---|---|---|
| 1113628529 | 1069736330 | 1069712431 |

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

CAMPUS
FUNDACION EDUCATIVA

MÉDICPLUS
CERTIFICADOS MÉDICOS

# FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-1

CERTIFICA QUE:

LUCELLY PÁEZ PEREZ

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 33704366

Realizó y aprobó el Curso básico de:

TOMA DE MUESTRAS DE CITOLOGÍA (BASICO)

Con una intensidad horaria de:

45 horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2025-01-07, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 año A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

REPRESENTANTE LEGAL
1113628529

FREYNER LEÓN
PROFESIONAL EN SALUD
1069736330

SHEILA MORA
GERENTE GENERAL
1069712431

VERIFIQUE VALIDEZ

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACION INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCION 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

CAMPUS
FUNDACIÓN EDUCATIVA

MÉDICPLUS
CERTIFICADOS MÉDICOS

# FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS
NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

LUCELLY PÁEZ PÉREZ

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 33704366

Realizó y aprobó el Curso avanzado de:

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP) (AVANZADO)

Con una intensidad horaria de:

70 horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2025-06-12, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 2 años A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

VERIFIQUE VALIDEZ

| REPRESENTANTE LEGAL | PROFESIONAL EN SALUD | GERENTE GENERAL |
|---|---|---|
| 1113628529 | 1069736330 | 1069712431 |

**RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN**

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

Powered by CamScanner

SENA

REGIONAL CALDAS

## EL CENTRO PECUARIO Y AGROEMPRESARIAL

# CERTIFICA

Que LUCELLY PAEZ PEREZ identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No 33704366 de Chiquinquirá, realizó y aprobó el curso de SOPORTE VITAL BASICO. con una intensidad horaria de Cuarenta y Ocho (48) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó
A: Aprobó

Se expide en La Dorada. a los quince (15) dias del mes de diciembre de dos mil veinticinco (2025)

Firmado Digitalmente por

ALEJANDRO RAMIREZ GOMEZ
Subdirector (E) CENTRO PECUARIO Y AGROEMPRESARIAL
REGIONAL CALDAS

***SENA: Una Organización con Conocimiento***

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 9515003367874CC33704366E

Powered by CamScanner

SENA
REGIONAL CALDAS

## EL CENTRO PECUARIO Y AGROEMPRESARIAL

# CERTIFICA

Que LUCELLY PAEZ PEREZ identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No 33704366 de Chiquinquirá, realizó y aprobó el curso de SOPORTE VITAL BASICO. con una intensidad horaria de Cuarenta y Ocho (48) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó
A: Aprobó

Se expide en La Dorada. a los quince (15) dias del mes de diciembre de dos mil veinticinco (2025)

Firmado Digitalmente por

ALEJANDRO RAMIREZ GOMEZ
Subdirector (E) CENTRO PECUARIO Y AGROEMPRESARIAL
REGIONAL CALDAS

***SENA: Una Organización con Conocimiento***

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 9515003367674CC33704366E.

Powered by CamScanner

CAMPUS
FUNDACIÓN EDUCATIVA

MÉDICPLUS
CERTIFICADOS MÉDICOS

# FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS
NIT: 901386251-1

CERTIFICA QUE:

LUCELLY PÁEZ PEREZ

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 33704366

Realizó y aprobó el Curso básico de:

TRIAGE CLASIFICACIÓN HOSPITALARIA(CURSO BASICO)

Con una intensidad horaria de:

45 horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2025-01-07, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 año A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

VERIFIQUE VALIDEZ

| REPRESENTANTE LEGAL | PROFESIONAL EN SALUD | GERENTE GENERAL |
|---|---|---|
| 1113628529 | 1069736330 | 1069712431 |

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

Powered by CamScanner

CAMPUS
FUNDACIÓN EDUCATIVA

MÉDICPLUS
CERTIFICADOS MÉDICOS

# FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS
# NIT: 901386251-1

CERTIFICA QUE:

## LUCELLY PÁEZ PEREZ

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 33704366

Realizó y aprobó el Curso básico de:

ATENCIÓN INTEGRAL A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES EN LA INFANCIA (AIEPI CLINICO) BASICO

Con una intensidad horaria de:

45 horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2025-01-07, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 año A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

VERIFIQUE VALIDEZ

| REPRESENTANTE LEGAL | PROFESIONAL EN SALUD | GERENTE GENERAL |
|---|---|---|
| 1113628529 | 1069736330 | 1069712431 |

FREYNER LEÓN

SHEYLA MORA

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

Powered by CamScanner

CAMPUS
FUNDACIÓN EDUCATIVA

MÉDICPLUS
CERTIFICADOS MÉDICOS

# FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS
## NIT: 901386251-1

CERTIFICA QUE:

LUCELLY PÁEZ PEREZ

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 33704366

Realizó y aprobó el Curso básico de:

SEGURIDAD DEL PACIENTE (SP)(CURSO BASICO)

Con una intensidad horaria de:

45 horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2025-01-07, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 año A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

VERIFIQUE VALIDEZ

| REPRESENTANTE LEGAL | PROFESIONAL EN SALUD | GERENTE GENERAL |
|---|---|---|
| 1113628529 | 1069736330 | 1069712431 |

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

Powered by CamScanner

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

***Hace constar que***

**LUCELLY PAEZ PEREZ**

*Con Cédula de Ciudadania No. 33704366*

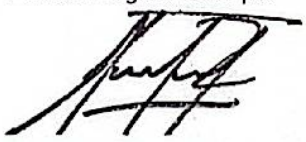
*Cursó y aprobó la acción de Formación*

**ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS POR VIA INTRAMUSCULAR**

*con una duración de 48 horas*

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente en La Dorada, a los catorce (14) dias del mes de octubre de dos mil veinticinco (2025)*

Firmado Digitalmente por



ALEJANDRO RAMIREZ GOMEZ
Subdirector (E)
CENTRO PECUARIO Y AGROEMPRESARIAL
REGIONAL CALDAS

**108210614 - 14/10/2025**
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la pagina web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9515003333519CC33704366C.

Powered by CamScanner

CAMPUS
FUNDACION EDUCATIVA

MÉDICPLUS
CERTIFICADOS MÉDICOS

# FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS
NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

LUCELLY PÁEZ PÉREZ

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 33704366

Realizó y aprobó el Curso básico de:

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS (AM) (CURSO BASICO)

Con una intensidad horaria de:

45 horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2025-03-27, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 año A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

| REPRESENTANTE LEGAL | PROFESIONAL EN SALUD | GERENTE GENERAL |
|---|---|---|
| 1113628529 | 1069736330 | 1069712431 |

VERIFIQUE VALIDEZ

**RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN**

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

Powered by CamScanner

# IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

**NIT 901.513.529-4**

*Certifica que:*

## LUCELLY PAEZ PÉREZ

**IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 33.704.366**

**Asistió al Curso de:**

**PRIMEROS AUXILIOS AVANZADOS (PAA)**

**Con una intensidad horaria de 70 Horas**

**ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE MANIZALES A LOS 19 DÍAS DEL MES DE OCTUBRE DEL 2023, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.**

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL

IMAVSS

Dancy Sidney Monje Pérez
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE DOS AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 376 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO academico@imavss.com O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 321 405 9500

Powered by CamScanner

CAMPUS
FUNDACIÓN EDUCATIVA

MÉDICPLUS
CERTIFICADOS MÉDICOS

# FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-1

CERTIFICA QUE:

LUCELLY PÁEZ PEREZ

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 33704366

Realizó y aprobó el Curso básico de:

DETECCIÓN PRIMARIA DE CANCER

Con una intensidad horaria de:

45 horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2025-01-07, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 año A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

VERIFIQUE VALIDEZ

| REPRESENTANTE LEGAL | PROFESIONAL EN SALUD | GERENTE GENERAL |
|---|---|---|
| 1113628529 | 1069736330 | 1069712431 |

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

Powered by CamScanner

CAMPUS
FUNDACIÓN EDUCATIVA

MÉDICPLUS
CERTIFICADOS MÉDICOS

# FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS
## NIT: 901386251-1

CERTIFICA QUE:

**LUCELLY PÁEZ PEREZ**

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 33704366

Realizó y aprobó el Curso básico de:

ATENCIÓN PREHOSPITALARIA (APH) BÁSICO

Con una intensidad horaria de:

45 horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2025-01-07, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 año A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

| REPRESENTANTE LEGAL | PROFESIONAL EN SALUD | GERENTE GENERAL |
|---|---|---|
| 1113628529 | 1069736330 | 1069712431 |

VERIFIQUE VALIDEZ

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

Powered by CamScanner

CAMPUS
FUNDACIÓN EDUCATIVA

MÉDICPLUS
CERTIFICADOS MÉDICOS

# FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

## CERTIFICA QUE:

## LUCELLY PÁEZ PÉREZ

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía
No° : 33704366
Realizó y aprobó el **Curso básico** de:

## GESTIÓN DEL DUELO (GD) (BÁSICO)

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-01-22.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

VERIFIQUE VALIDEZ

| REPRESENTANTE LEGAL | PROFESIONAL EN SALUD | GERENTE GENERAL |
|---|---|---|
| 1113628529 | 1069736330 | 1069712431 |

## RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

Powered by CamScanner

REGIONAL CALDAS

## EL CENTRO PECUARIO Y AGROEMPRESARIAL

# CERTIFICA

Que LUCELLY PAEZ PEREZ identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No 33704366 de Chiquinquirá, realizó y aprobó el curso de HUMANIZACION DE LA ATENCION EN SALUD. con una intensidad horaria de Cuarenta y Ocho (48) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó
A: Aprobó

Se expide en La Dorada. a' los veintitres (23) dias del mes de septiembre de dos mil veinticinco (2025)

Firmado Digitalmente por

ALEJANDRO RAMIREZ GOMEZ
Subdirector (E) CENTRO PECUARIO Y AGROEMPRESARIAL
REGIONAL CALDAS

***SENA: Una Organización con Conocimiento***

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 9515003302494CC33704366E

Powered by CamScanner

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

***Hace constar que***

**LUCELLY PAEZ PEREZ**

*Con Cédula de Ciudadanía No. 33704366*

*Cursó y aprobó la acción de Formación*

**TOMA DE MUESTRAS PARA PROCESAMIENTO EN EL LABORATORIO CLINICO**

*con una duración de 48 horas*

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente en La Dorada, a los once (11) días del mes de noviembre de dos mil veinticinco (2025)*

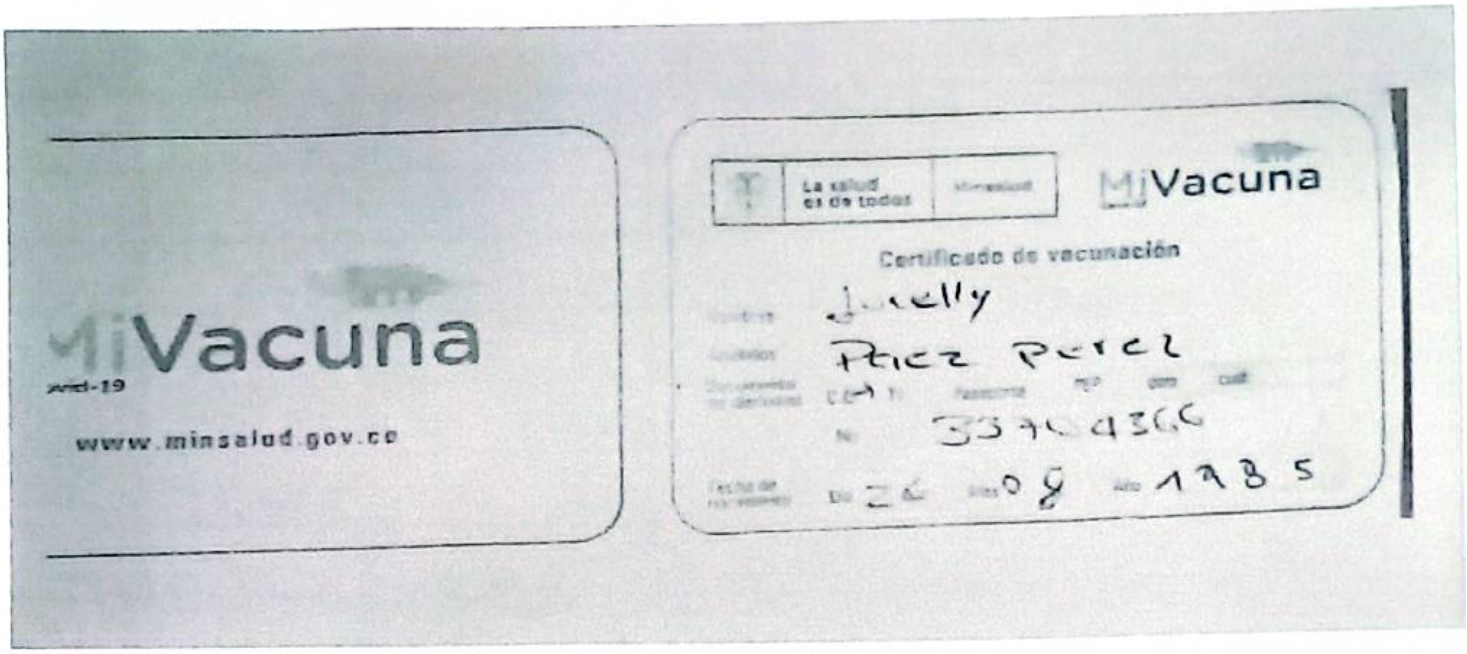
Firmado Digitalmente por

ALEJANDRO RAMIREZ GOMEZ
Subdirector (E)
CENTRO PECUARIO Y AGROEMPRESARIAL
REGIONAL CALDAS

108949401 - 11/11/2025
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 9515003357094CC33704366C.

Powered by CamScanner



MiVacuna

covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos

MiVacuna

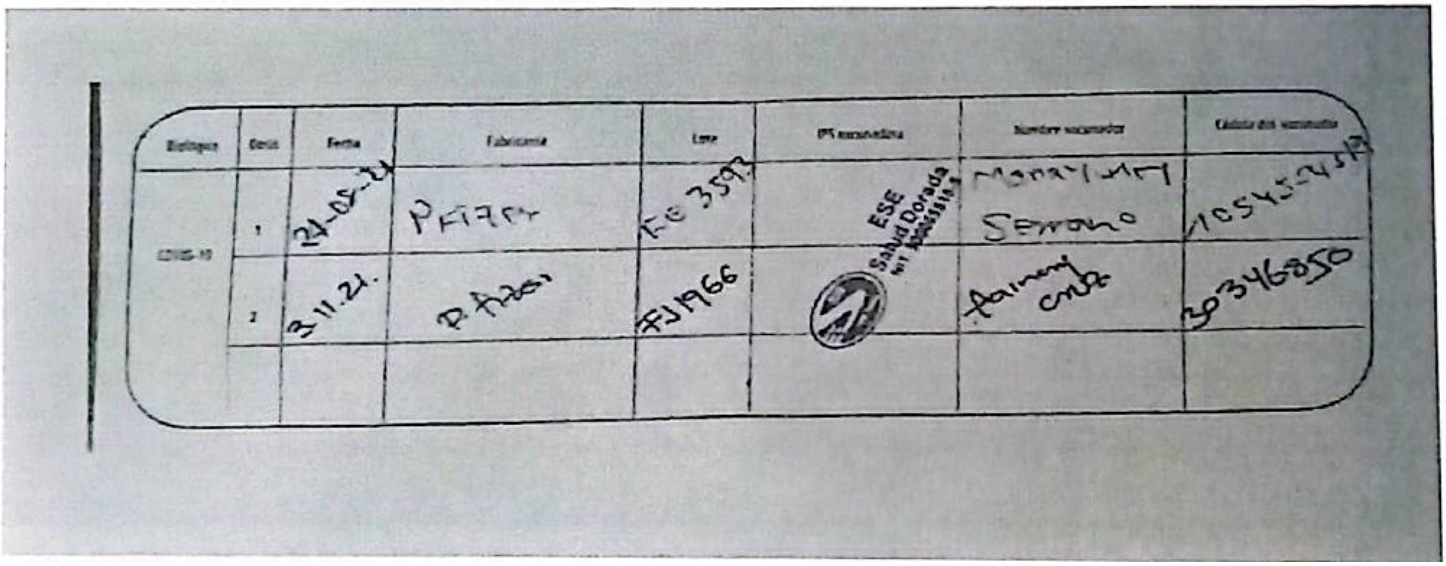
Certificado de vacunación

Nombre: Jhelly

Apellidos: Diaz Perez

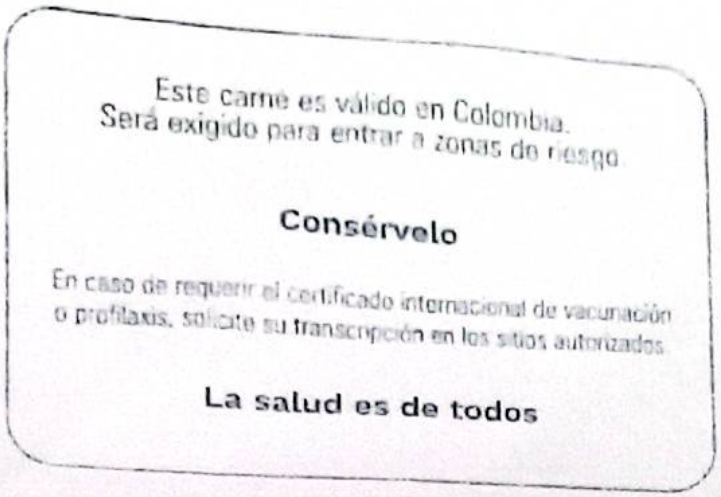
Documento de identidad: (CC) No. 33[illegible]436

Fecha de nacimiento: Día 26 Mes 08 Año 1985



| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante | Lote | IPS vacunadora | Nombre vacunador | Cédula del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COVID-19 | 1 | 24-05-21 | PFIZER | FC3593 | ESE Salud Dorada Nit 900[illegible] | [illegible] Serrano | 1054[illegible] |
| | 2 | 3.11.21. | PFIZER | FJ1966 | | Aimeé Cuba | 30346850 |
| | | | | | | | |

Powered by CamScanner

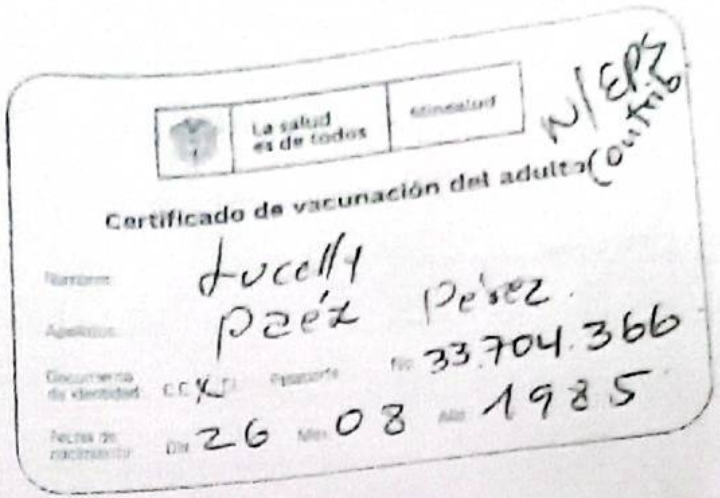


Este carne es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

**Consérvelo**

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

**La salud es de todos**



La salud es de todos

**Certificado de vacunación del adulto**

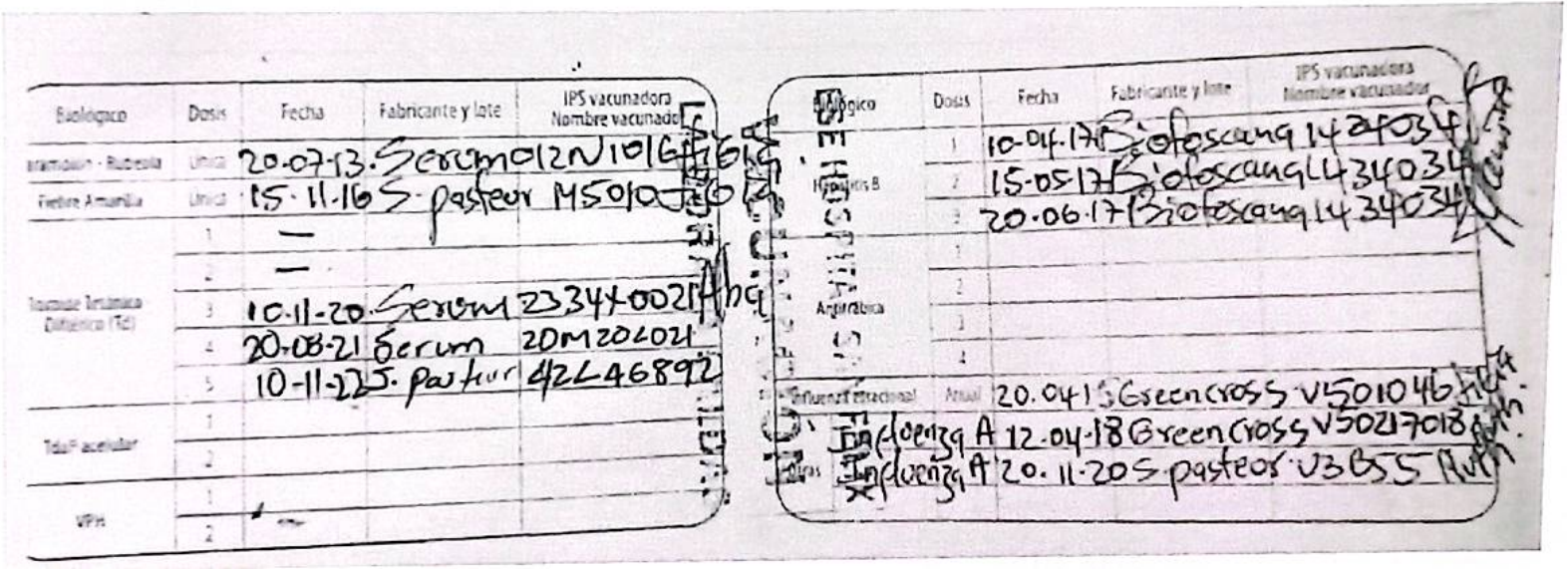
N/EPS (Cautela)

Nombres: ducelly

Apellidos: Páez Pérez

Documento de identidad: C.C. X | Pasaporte | No. 33.704.366

Fecha de nacimiento: Día 26 Mes 08 Año 1985



| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Antiamarílica | Única | 20-07-13 | Serum 012N10164 | |
| Fiebre Amarilla | Única | 15-11-16 | S. pasteur M5010 | |
| Toxoide Tetánico Diftérico (Td) | 1 | — | | |
| | 2 | — | | |
| | 3 | 10-11-20 | Serum 2334-0021 | |
| | 4 | 20-08-21 | Serum 20M202021 | |
| | 5 | 10-11-225 | pasteur 42L46892 | |
| Td* acelular | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| VPH | 1 | | | |
| | 2 | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| | 1 | 10-04-17 | Biofoscana 142034 | |
| Hepatitis B | 2 | 15-05-17 | Biofoscana 1434034 | |
| | 3 | 20-06-17 | Biofoscana 1434034 | |
| | 1 | | | |
| Antirrábica | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| Influenza estacional | Anual | 20-04-18 | Green cross S V501046 | |
| Influenza A | | 12-04-18 | Green cross V502170 | |
| Influenza A | | 20-11-20 | S. pasteur V3655 | |

Powered by CamScanner

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

*Consérvelo*

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

*POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO*

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: BUCELY

Apellidos: PAEZ PEREZ

Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte No 33704366

Fecha de Nacimiento: Día 26 Mes 08 Año 1985

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión Rubéola | 1 | | | |
| Toxoide Tetánico Diftérico Td | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| Contra Hepatitis B | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | R | | | |

ESE HOSPITAL SAN FELIX
VACUNACION
LA DORADA CALDAS

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Contra Fiebre Amarilla | | | | |
| Contra Influenza | | | | |
| Virus de Papiloma Humano | | | | |

Powered by CamScanner

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 20 de enero de 2026, a las 10:53:25, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 33704366 |
| Código de Verificación | 33704366260120105325 |

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

Powered by CamScanner

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 289256383

PIB
10:59:14
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 20 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) LUCELLY PAEZ PEREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 33704366:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de 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.**



Powered by CamScanner

# 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 33704366 **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 20/01/2026 10:28 AM

Código Verificación: **RXL23SPTBU**

Válida hasta: **20/04/2026**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

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

Powered by CamScanner

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

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

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 11:05:19 AM horas del 20/01/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **33704366**

Apellidos y Nombres: **PAEZ PEREZ LUCELLY**

**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



Powered by CamScanner

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, 20/01/2026 11:08:04 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **33704366** y Nombre: **LUCELLY PAEZ PEREZ.**

## 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. **132992431** . 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



Powered by CamScanner

# 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 11:11:56 horas del 20/01/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **33704366,** Apellidos y Nombres **PAEZ PEREZ LUCELLY**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE SALUD DORADA**, con NIT **900065515-5** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

---

**DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL**

**Área de Administración de Información Criminal**

**ENLACES DE INTERÉS**

› Portal web DIJIN

› Consulta Antecedentes Judiciales

› Protección de Datos

**SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES**



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

Powered by CamScanner

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 2019)

| Tipo de declaración | PERIÓDICO | Fecha de publicación | 2026-01-20 17:39 |
|---|---|---|---|

| Nombres y apellidos completos | | | |
|---|---|---|---|
| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
| LUCELLY | | PAEZ | PEREZ |

| Documento de identificación | | | |
|---|---|---|---|
| Tipo | CEDULA DE CIUDADANIA | Número | 33704366 |

| Lugar de nacimiento | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| País | COLOMBIA | Departamento | CALDAS | Municipio | LA DORADA |

| Lugar de domicilio | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| País | COLOMBIA | Departamento | CALDAS | Municipio | LA DORADA |

| | |
|---|---|
| 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 | SALUD DORADA |

| Lugar de sede | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| País | COLOMBIA | Departamento | CALDAS | Municipio | LA DORADA |
| Dirección | ["Carrera 2 No.14-37"] | | | | |
| Cargo o función que cumple | CONTRATISTA | | | | |

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

## 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

### 1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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



Powered by CamScanner

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| Salarios y demás ingresos laborales | $0,00 |
| Cesantías e intereses de cesantías | $0,00 |
| Gastos de representación | $0,00 |
| Arriendos | $0,00 |
| Honorarios | $38.246.000,00 |
| Otros ingresos y rentas | $0,00 |
| TOTAL | $38.246.000,00 |

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

| Tipo de cuenta | Sede de la cuenta (País) | Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior |
|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | COLOMBIA | $0,00 |

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:



Powered by CamScanner

| 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 de forma ocasional o permanente son las siguientes:

| Detalle de las actividades | Forma participación |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

## 2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [ ] No [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 [X]



Powered by CamScanner

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

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

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

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

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

Sí [ ] No [X]

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

## 2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [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 son:

| Tipo de inversión | Valor | País |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |



Powered by CamScanner

## 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:

| |
|---|
| |



Powered by CamScanner

*PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL – SUBPROGRAMA DE MEDICINA DEL TRABAJO*

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL: INGRESO X PERIODICO___ RETIRO___

EMPRESA: _____

# CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

Ciudad y fecha: LA DORADA - ENERO/07/25

Nombre: LUCELLY PAEZ PEREZ

N°. Identificación: 33704366

Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA

EXAMENES PARACLINICOS REALIZADOS:

AUDIOMETRIA: ___ VISIOMETRIA: ___

ESPIROMETRIA: ___ OTROS: ___

LABORATORIOS: ___

Concepto: Sin Restricción Para el Cargo [X] Con Restricción Para el Cargo [ ]

Examen Médico Periódico: Satisfactorio [ ] No satisfactorio [ ]

Examen Médico de Retiro: Satisfactorio [ ] No satisfactorio [ ]

Dr. Néstor Joaquin González Cueto
Médico Espc. en Salud Ocupacional
R.M. 5961 Lic. Salud Ocupacional 75534

Observaciones: EXAMEN FISICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR BAJAR DE PESO - EJERCICIOS - VALORACION NUTRICIONAL PAUSAS ACTIVAS - USO DE EPI - HIGIENE POSTURAL

FIRMA Y REGISTRO MEDICO: N. Gonzalez C

DR. NESTOR JOAQUIN GONZALEZ CUETO R.M. 5961 LIC. EN S. OCUPA 75534

FIRMA DEL PACIENTE: _____

C.C:

El examinado certifica que no omitió ningún dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, familiares y personales que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información suministrada durante este examen es cierta.

NOTA: la historia clínica es un documento estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo en los siguientes casos: cuando medie mandato judicial; por autorización expresa, escrita y con firma autenticada del trabajador interesado; y por la solicitud de las autoridades competentes de previsión y seguridad social. (MINISTERIO DE LA PROTRECCION SOCIAL), Resolución N°. 6398 de 1991, Articulo 2.

Powered by CamScanner

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:

**LUCELLY PAEZ PEREZ,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **33.704.366**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 20 de Enero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

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



Powered by CamScanner

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) LUCELLY PAEZ PEREZ identificado(a) con CC 33704366 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

| | |
|---|---|
| **Fecha de Activación de** | **18/07/2023** |
| **Estado de la Afillación:** | **ACTIVO** |
| **IPS:** | **MEDICARE IPS LTDA** |
| **Categoría:** | **A** |

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 20 días del mes de enero 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**
Nueva EPS S.A

Powered by CamScanner

La Dorada Caldas, 23 de enero del 2026

Doctor

JUAN DIEGO VELASQUEZ GARCIA

Empresa Social del Estado Salud Dorada E.S.E.

ASUNTO: OFRECIMIENTO DE SERVICIO

Yo LUCELLY PAEZ PEREZ, identificada con cédula de ciudadanía número 33704366, de la Dorada Caldas, muy cordialmente me dirijo a usted con el fin de ofrecer mis servicios como AUXILIAR DE ENFERMERIA, para la empresa social del estado Salud Dorada, donde cuento con amplia experiencia en temas de salud y trabajo con la comunidad, para el desempeño de las funciones asignadas.

Gracias por la atención prestada

Cordialmente,

LUCELLY PAEZ PEREZ

C.C. 33704366

La Dorada, Caldas

Auxiliar de enfermería

Powered by CamScanner