Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
GRANADOS	TRUJILLO	CARMEN HELENA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1.054252489 | SEXO: F (X) M ( ) | NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) | PAÍS: COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 18 MES 07 AÑO 1989

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: BOYACÁ

MUNICIPIO: TUNJA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

calle 18 # 5-89

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: BOYACÁ

MUNICIPIO: TUNJA

TELÉFONO: 3213055526 EMAIL: chelena18@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO:
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES 12 AÑO 2005
										X	

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
TC	3	X		AUXILIAR DE ENFERMERIA	12	2010	727
TL	6	X		TECNOLOGIA SST	12	2022	
UN	9	X		INGENIERA INDUSTRIAL	12	2023	

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

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

Powered by CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
CLINICA MEDILASER		X	

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
BOYACA'	TUNJA	chelenam8@gmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3208386702	DÍA 15 MES 01 AÑO 2025	DÍA 20 MES 10 AÑO 2025

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR DE ENFERMERIA		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
GRUPO AVA		+	

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
BOYACA	TUNJA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3209644247	DÍA 14 MES 08 AÑO 2024	DÍA 18 MES 10 AÑO 2024

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
TERMINO INDEFINIDO		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HEALT LIFE			

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
BOYACA'	TUNJA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3223159986	DÍA 17 MES 03 AÑO 2024	DÍA 14 MES 08 AÑO 2024

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR DE ENFERMERIA		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
COOFAMILIAR HUILA		X	

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
BOYACA'	SOCOTA'	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3142449498	DÍA 04 MES 01 AÑO 2021	DÍA 26 MES 09 AÑO 2022

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
PROMOTORA DE SALUD		

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

Powered by CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO	15	3
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	15	3

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento TUNJA 16 ENERO 2026

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.054.252.489**

GRANADOS TRUJILLO

APELLIDOS

CARMEN HELENA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-JUL-1987**

SOCOTA

(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

29-SEP-2005 SOCOTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

P-0727100-33143491-F-1054252489-20051201 **00388**05335P 02 181830423

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 03:45:03 PM horas del 16/01/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1054252489**

Apellidos y Nombres: **GRANADOS TRUJILLO CARMEN HELENA**

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 16 de enero de 2026, a las 15:46:44, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1054252489
Código de Verificación	1054252489260116154643

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

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 288927541

PIB
15:48:18

Bogotá DC, 16 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) CARMEN HELENA GRANADOS TRUJILLO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1054252489:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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 1054252489 **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 16/01/2026 04:05 PM

Código Verificación: **PZHXS6D8JW**

Válida hasta: **16/04/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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 15:52:28 horas del 16/01/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1054252489,** Apellidos y Nombres **GRANADOS TRUJILLO CARMEN HELENA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **san rafael** , con NIT **891800231-0** 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

Consulta de Inhabilidades - Ley 1918 de 2018 | Ley 2375 de 2024

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

COOSALUD EPS
En Pos de tu bienestar

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COOSALUD EPS

FECHA DE RADICACIÓN: DÍA 03 MES FEB AÑO 2026

I. DATOS DEL TRÁMITE — Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [X] B. REPORTE DE NOVEDADES [ ]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [ ]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [ ] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO

RECIBIDO OFICINA TUNJA
03 FEB 2026

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: Granados — SEGUNDO APELLIDO: Trujillo — PRIMER NOMBRE: Carmen — SEGUNDO NOMBRE: Helena

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.N. [ ] M.S. [ ] R.C. [ ] T.I. [ ] C.C. [X] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] A.S. [ ] P.T. [ ]
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1054 252 489
11. SEXO BIOLÓGICO: F [X] M [ ]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
13. NACIONALIDAD: Col
14. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS [illegible] DEPARTAMENTO [illegible] MUNICIPIO Socha
15. FECHA NACIMIENTO: DÍA 18 MES 06 AÑO 1987

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA
17. COMUNIDAD INDÍGENA
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [ ] CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD
19. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI [ ] NO [ ]
20. CLASIFICACIÓN SISBÉN — NIVEL — GRUPO
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL
22. ARL: Positiva
23. AFP: Colpensiones
24. IBC: 1'750.905
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
26. RESIDENCIA
DIRECCIÓN: Calle 18 #5-89
TELÉFONO FIJO
TELÉFONO CELULAR: 3213055526
CORREO ELECTRÓNICO: chelena18@gmail.com
DEPARTAMENTO: Boyaca
MUNICIPIO/ DISTRITO: Tunja
LOCALIDAD/COMUNA: Rodeo
ZONA: CABECERA MUNICIPAL [ ] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]
IPS

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR – Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

27. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
30. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
31. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
32. NACIONALIDAD
33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS — DEPARTAMENTO — MUNICIPIO
34. FECHA NACIMIENTO: DÍA — MES — AÑO

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO F	39. SEXO M	40. SEXO IDENTIFICACIÓN F	M	T	NB	Otro?	41. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS	DEPART.	MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO DÍA	MES	AÑO
B1		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B2		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B3		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B4		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B5		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															

Datos complementarios del Beneficiario

	43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. COMUNIDAD	46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI	NO	48. CLASIFICACIÓN SISBÉN NIVEL	GRUPO	49. DISCAPACIDAD SI	NO	CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD	50. INCAPACIDAD PERMANENTE SI	NO	51. Datos de residencia DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	RESTO RURAL
B1							I. II.												
B2							I. II.												
B3							I. II.												
B4							I. II.												
B5							I. II.												

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

55. Nombre o razón social: Carmen Helena Granados
56. Tipo documento de identificación: N.I. [ ] T.I. [ ] C.C. [X] C.E. [ ] S.C. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
57. Número del documento de identificación: 1054252489
58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
59. Ubicación — DIRECCIÓN: Calle 18 # 5-89 — TELÉFONO FIJO O CELULAR: 3213055526 — CORREO ELECTRÓNICO: chelena18@gmail.com — DEPARTAMENTO: Boyaca — MUNICIPIO/DISTRITO: Tunja

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código: [ ]
6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO Código: [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [ ]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAÍS.1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
14. MOVILIDAD A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
15. TRASLADO A) MISMO RÉGIMEN [ ] B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
62. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: DÍA — MES — AÑO
65. EPS ANTERIOR
66. FECHA DE NOVEDAD: DÍA 03 MES 02 AÑO 2026
67. MOTIVO DE TRASLADO Código
68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mi. [ ]
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad [ ]
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
76. a). Autorizo mi consentimiento explícito para que Coosalud EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. [ ]
b). Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE). [ ]
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [ ]
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente. [ ]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional

81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] MS [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] AS [ ] PT [ ]
Cantidad: Total [ ]
83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
84. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, cesación de efectos civiles de matrimonio religioso o nulidad de matrimonio civil.

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, Carmen Helena Granados Trujillo

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 1054254864 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	Departamento	Municipio
Colombia	Boyacá	Tunja

Dirección	Teléfonos
calle 18 # 5-89	3213055526

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Jairo Alexander Duran Botia	74389902	Conyuge
Alex Yoney Duran Granados	1054254335	Hijo
Jairo Arley Duran Granados	1052396266	Hijo

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** X. **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	$600.000
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	-
ARRIENDOS	$600.000 -
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	$ -

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Banco Davivienda	ahorros		Tunja	$0
Banco BBVA	ahorros		Tunja	$0

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

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 Bogotá	Crédito	$1'000.000

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** X **NO** tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	Nº
Jairo Alexander Duran Botia	C.C. X C.E. T.I.	74389402

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

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Oicatá 4102126
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
NIT. 901544569-6

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

Certifica

Carmen Helena Granados Trujillo

CC 1054252489 de Socota - Boyaca

izó y aprobó el Curso de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia - Resoluc
3100 / 2019 y Sentencia C - 55 -2022
con un total de 80 Horas.

Fecha de emisión: 2024-08-07
Fecha de vencimiento: 2026-08-07

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP No 70876 - 051880 Copnia

DEGHE STEVENS BRAVO ORDOÑO
Jefe de Enfermeria
TP 1208
Docente

ROSA GUZMAN
Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

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

Hace Constar que:

Carmen Helena Granados Trujillo

CC 1054252489 de Socota - Boyaca

Realizó y aprobó el Curso Protocolos en la Toma y Transporte de Muestras de Laboratorio Resolución 3100 de 2019
con un total de 60 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-01-16
Fecha de vencimiento: 2027-01-16

FUNDACIONNUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.co

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

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
NIT. 901544869-6

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

Certifica

Carmen Helena Granados Trujillo

CC 1054252489 de Socota - Boyaca

.zó y aprobó el Curso Protocolos de Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químic
Resolución 3100 de 2019.
con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2024-08-09
Fecha de vencimiento: 2026-08-09

FUNDACIONNUESTRA SEÑORADELAESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

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

DEIBIE STEVENS BRAVO ORANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA
NIT. 901544869-6

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

Certifica
Carmen Helena Granados Trujillo

CC 1054252489 de Socota - Boyaca

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Básico RCP (BLS) Resolución 3100 -2019 con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2024-08-13
Fecha de vencimiento: 2026-08-13

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO

DEIBIE STEVENS BRAVO OSANDO

ROSA GUZMAN
DSP Orientación Educativa y

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA
NIT 901544969-6

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

Certifica

Carmen Helena Granados Trujillo

CC 1054252489 de Socota - Boyaca

alizó y aprobó el Curso de Acompañamiento en Proceso de Duelo con Enfasis en Terapia Emocional
Resolución 3100 / 2019
con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2024-08-11
Fecha de vencimiento: 2026-08-11

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal

ROSA GUZMAN
Orientacion Educativa y Desarrollo Humano

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Comprometidos con sus necesidades

2552

LIFECARE
SERVICE

HACE CONSTAR QUE:

CARMEN HELENA GRANADOS TRUJILLO

C.C . 1.054.252.489 DE SOCOTA (BOYACA)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES CON EL CURSO TALLER DE

HUMANIZACIÓN EN EL SERVICIO DE LA SALUD

Realizado los días 05 al 06 de MAYO de 2025, con una intensidad de 20 horas.
CERTIFICACIÓN VIGENTE HASTA EL DÍA 06 DE MAYO DE 2027

DADO EN TUNJA (BOYACA) A LOS 06 DÍAS DEL MES DE MAYO DE 2025

CESAR GERMÁN CASTAÑEDA
GERENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.
VIGILADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

Sede Neiva, Cll. 18a No. 8a – 29 Segundo Piso, Campo Nuñez
Cel. 318 505 4810 - 313 474 0022 - Ofic. 608 873 6310

Sede Armenia.
Cel. 300 702 0999

lifecareservice.ac@gmail.com
certificadoslife.2023@gmail.com

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Comfamiliar
EPS

LA SUSCRITA JEFE DE DEPARTAMENTO DE GESTION DE TALENTO HUMANO (E)

HACE CONSTAR

Que el(a) señor(a) Carmen Helena Granados Trujillo identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1054252489 laboró en nuestra empresa mediante contrato individual de trabajo a Término Indefinido desde el 13 de febrero de 2012 hasta el 30 de septiembre de 2022 y su último cargo desempeñado fue Promotor(a) de Salud.

La presente se expide en Neiva, sin especificar funciones, a los 30 días del mes de septiembre de 2022.

ADRIANA PATRICIA POLANIA PATIO

PROYECTÓ: GESTION DEL TALENTO HUMANO
Elaboró: Eddy Johanna Linares Trujillo

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Colombiana de Minerales S.A.S.
Nit. 820.003.767-9

COLOMBIANA DE MINERALES S.A.S.

NIT. 820.003.767-9

CERTIFICA

Que **GRANADOS TRUJILLO CARMEN HELENA** identificada con cédula de ciudadanía **1.054.252.489** de Socotá (Boyacá), laboró con la empresa **COLOMBIANA DE MINERALES S.A.S.**, ejerciendo el cargo de **GESTORA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**, desde el día veintiséis (26) de marzo de dos mil veintitrés (2023) hasta el día quince (15) de mayo de dos mil veintitrés (2023), quien desempeño las siguientes funciones, segun soportes documentales que reposan en la empresa:

Tipo de Labor	Función	Vigencia
Administrativas	Tomar y registrar la asistencia de manera diaria por trabajador del área operativa de la empresa, en los formatos físicos y archivos digitales dispuestos por la empresa.	**Fecha Inicial:** 27/03/2023 **Fecha Final:** 28/03/2023
		Fecha Inicial: 19/04/2023 **Fecha Final:** 24/04/2023
	Realizar y documentar pruebas de alcoholemia al personal operativo de la empresa.	**Fecha Inicial:** 27/03/2023 **Fecha Final:** 28/03/2023
		Fecha Inicial: 19/04/2023 **Fecha Final:** 24/04/2023
	Realizar el registro de la toma de alimentación de cada trabajador en los formatos dispuestos por la empresa.	**Fecha Inicial:** 27/03/2023 **Fecha Final:** 28/03/2023
		Fecha Inicial: 19/04/2023 **Fecha Final:** 24/04/2023
	Alimentar diariamente la matriz de ubicación del personal operativo dentro de los proyectos mineros de la empresa, en los formatos destinados por la empresa.	**Fecha Inicial:** 27/03/2023 **Fecha Final:** 28/03/2023
		Fecha Inicial: 19/04/2023 **Fecha Final:** 24/04/2023
	Dictar capacitaciones y charlas de SST al personal operativo de la empresa, acorde a las indicaciones de su jefe Inmediato	**Fecha Inicial:** 27/03/2023 **Fecha Final:** 15/05/2023

MINERÍA SOSTENIBLE HACIA EL FUTURO
Cel. 300 912 5734
Carrera 1 F No. 40-195, Edificio Enterprise Towers - Torre 1 - Oficina 503
Tunja, Boyacá - Colombia
gerencia@colombianademinerales.com

www.colombianademinerales.com



Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Colombiana de Minerales S.A.S.
Nit. 820.003.767-9

Superficie	Realizar y documentar inspecciones a equipos, indicadas por su jefe Inmediato.	**Fecha Inicial:** 29/03/2023 **Fecha Final:** 03/05/2023
Subterránea	Realizar y documentar caminatas de seguridad y ambientales en los proyectos mineros de la empresa, asignadas por su jefe Inmediato.	**Fecha Inicial:** 04/05/2023 **Fecha Final:** 15/05/2023

La presente certificación se expide a los dieciocho (18) días del mes de mayo de dos mil veintitrés (2023).

Cordialmente,

TATIANA LORENA VARGAS BELTRAN
Gerente
COLOMBIANA DE MINERALES S.A.S

MINERÍA SOSTENIBLE HACIA EL FUTURO
Cel. 300 912 5734
Carrera 1 F No. 40-195, Edificio Enterprise Towers - Torre 1 - Oficina 503
Tunja, Boyacá - Colombia
gerencia@colombianademinerales.com

www.colombianademinerales.com



Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Health & Life IPS

NIT. 900.900.122-7

Certifica

Que el(la) señor(a) **Carmen Helena Granados Trujillo,** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANIA No.1'054.252.489,** laboró en nuestra compañía desempeñándose como **AUXILIAR DE ENFERMERÍA** desde el día **12** de **MARZO DE** de **2024** hasta el día **14** de **AGOSTO** de **2024.**

La presente certificación se expide a petición del(la) interesado(a) a los veintitrés (23) días del mes de agosto de 2024.

Para constatar la veracidad del documento favor comunicarse a la línea 3009121102 Ext.1059, o al correo electrónico: infotalentohumano@hlips.com.co.

HENRY RODRIGUEZ RODRIGUEZ
Gerente Nacional de Talento Humano
Health & Life IPS SAS

Powered by CamScanner

GRUPO AVA LABZELL LTDA.
NIT. 900358962-8
AVENIDA COLÓN N° 27-104
3208844247

CERTIFICA

Que la señora **CARMEN HELENA GRANADOS TRUJILLO** identificada con cédula de ciudadanía No. 1.054.252.488 de Socotá, estuvo vinculada laboralmente con **GRUPO AVA LABZELL LTDA.** de la siguiente manera:

Tipo de Vinculación: Contrato a término indefinido.
Inicio relación laboral: 20 de agosto de 2024.
Fin relación Laboral: 19 de octubre de 2024.
Denominación del Cargo: Auxiliar de Laboratorio Integral.

Para constancia se expide el presente certificado en Tunja a los diecinueve (19) días del mes de octubre de 2024.

Cordialmente,

CLAUDIA MIREYA HIGUERA BECERRA
ASESORA JURIDICA
GRUPO AVA LABZELL LTDA.

Elaboró, Daniel Esteban Jaimes Sotelo

Powered by CamScanner

ARTURO CALLE

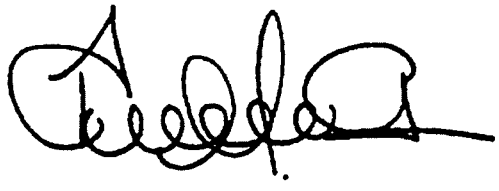
www.arturocalle.com |

CERTIFICAMOS

Que, CARMEN HELENA GRANADOS TRUJILLO, identificado(a) con Cedula de Ciudadania No. 1054252489, laboró en COMERCIALIZADORA ARTURO CALLE S.A.S desde el 27 de Noviembre de 2024 hasta el 28 de Diciembre de 2024, con un contrato de trabajo a TERMINO OBRA O LABOR CONTRAT y desempeñó el cargo de AUXILIAR DE TEMPORADA Y O, su retiro fue por motivo de Renuncia.

Que su Salario basico mensual era de UN MILLÓN TRESCIENTOS MIL PESOS MCTE ($ 1.300.000.oo).

Esta certificación se expide a solicitud del interesado, el OCHO (08) DE ENERO DE DOS MIL VEINTICINCO (2025) en Bogotá D.C., y contiene un código Data Matrix para su validación.





Verifique la autenticidad de esta certificación a través de este código.

PAOLA ANDREA GONZÁLEZ MARÍN
DIRECTOR (A) DE RELACIONES LABORALES

COMERCIALIZADORA ARTURO CALLE S.A.S. NIT. 900.342.297-2
Av. carrera 72 (Av. Boyacá) 1528 - 62 Tel / Fax: (571) 743 88 00
E-mail: contactenos@arturocalle.com
Bogotá, Colombia

Powered by CamScanner

CL-TH-25-289

CLINICA MEDILASER S.A.S HACE CONSTAR

Que los siguientes datos han sido verificados en la Dirección de Talento Humano:

Nombre:	**CARMEN HELENA GRANADOS TRUJILLO**
Cedula de Ciudadanía:	**1.054.252.489**
Fecha de Ingreso:	**21 DE ENERO DE 2025**
Fecha de Retiro:	**20 DE OCTUBRE DE 2025**
Tipo de contrato:	**CONTRATO A TERMINO FIJO**
Estado de contrato:	**INACTIVO**
Salario:	**1.690.000**
Cargo desempeñado:	**AUXILIAR DE ENFERMERIA**
Unidad Funcional:	**SERVICIO MEDICO-TJA**
Se expide a solicitud de:	**CARMEN HELENA GRANADOS TRUJILLO**
Con destino a:	**A QUIEN INTERESE**
Fecha:	**TUNJA, 06 DE NOVIEMBRE DE 2025**

Funciones:

HOSPITALIZACIÓN

1. Mantener en todas las actuaciones criterios de ética.
2. Cumplir con el horario establecido y porte del uniforme institucional según el reglamento interno del trabajo.
3. Mantener la reserva e intimidad del paciente
4. Cumplir los protocolos e instructivos institucionales.
5. Cumplir el modelo de atención de acuerdo a las políticas de seguridad y calidad de la clínica.
6. Cumplir el modelo de seguridad institucional y las estrategias diseñadas en apoyo al mismo durante toda la gestión de los procesos misionales de la organización.
7. Atender y orientar a las personas con relación a sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y normas vigentes.

VIGILADO Supersalud

Powered by CamScanner

Clínica Medilaser S.A.S
Medilaser_s.a.s
Medilaseroficial
Clínica Medilaser S.A.S IPS

8. Participar activamente en la capacitación, entrenamiento y re inducción del talento humano para garantizar el cumplimiento de los altos estándares de calidad.
9. Ejecutar las actividades correspondientes a normas, guías, procedimientos, protocolos, buenas prácticas que se establezcan como mecanismos para el tratamiento de los riesgos.
10. Realizar la entrega y recibo de turno de acuerdo al protocolo institucional.
11. Recibir los pacientes en forma amable y profesional cumpliendo con los protocolos de bienvenida de Clínica Medilaser S.A.S.
12. Ejecutar el cuidado de los pacientes asignados de acuerdo a la detección de riesgos y necesidades realizadas y al plan individualizado de cuidados de enfermería.
13. Velar por el cumplimiento y respeto de los deberes y derechos del usuario y notificar los casos de vulneración identificados.
14. Brindar asistencia y cuidados de enfermería relacionados con los aspectos físicos y/o psíquicos del paciente, fomentando su autoestima e independencia.
15. Conocer y brindar los cuidados de enfermería de acuerdo a las normas, funciones y protocolos definidos por la clínica.
16. Controlar signos vitales, ingesta de alimentos y eliminación intestinal según la planificación de enfermería avisando al profesional de enfermería cualquier hallazgo fuera de los parámetros en forma inmediata.
17. Asistir y verificar la ingesta de alimentos y líquidos del paciente
18. Realizar el baño en cama a los pacientes que lo requieran y/o asistir en la higiene de acuerdo a los protocolos institucionales velando por la dignidad y el confort
19. Realizar cambios de posición a los pacientes que lo requieran y lubricación en sitios de apoyo
20. Asistir al profesional de enfermería y terapia en los procedimientos en que se solicite su participación.
21. Participar en el código azul o código rojo, de acuerdo al rol asignado.
22. Administrar medicamentos a los pacientes según orden médica y a los protocolos establecidos por la clínica.
23. Hacer la limpieza y desinfección de la unidad del paciente
24. Revisar la necesidad de elementos de aseo y demás insumos que requiera el paciente para solicitarlos a sus familiares y/o cuidadores o informar al profesional de enfermería para reportar el caso según corresponda al grupo de apoyo de la clínica.
25. Apoyar al camillero en el traslado a la unidad realizando registro de todos los hallazgos en la historia clínica.
26. Mantener barandas arriba de las camas y camillas de todos los pacientes y brindar educación sobre prevención de caídas dejando registro en la historia clínica.
27. Realizar notas de enfermería de los pacientes asignados en el software de historia clínica al recibir y terminar turno, cuando se realice algún traslado o procedimiento, al administrar medicamentos o al presentarse una novedad y cuando se evidencie alguna alteración del estado de salud.
28. Asistir al llamado del timbre para atender requerimientos del paciente en forma amable.
29. Lavar y dejar en orden el material utilizado de acuerdo a las normas y protocolos institucionales
30. Hacer conteo de los medicamentos de los pacientes en los turnos de noche y los devolutivos correspondientes.
31. Realizar egreso de los pacientes realizando devolutivos.
32. Informar al profesional de enfermería los daños de infraestructura, enseres o equipos biomédicos que requieran ser revisados para su respectivo reporte al área de biomédica o mantenimiento
33. Participar activamente en la implementación del modelo de mejoramiento continuo institucional a través los equipos de mejoramiento primario.
34. Reportar los eventos adversos, incidentes, actos y condiciones inseguras al equipo de calidad por los diferentes medios de comunicación implementados

VIGILADO Supersalud

Powered by CamScanner

35. Participar activamente de las reuniones de cualquier índole o de comités donde se requiera su presencia
36. Realizar las demás actividades que le asigne el jefe inmediato que sean congruentes con el propósito del cargo
37. Cumplir con la política, el (002) M-GJ-101 MD = MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA (SARLAFT/FPADM) y el (001) M-GJ-177 MD = MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD, FRAUDE Y SOBORNO (SICOFS).

CLÍNICA DE HERIDAS

1. Realizar búsqueda activa de lesiones de piel relacionadas con la dependencia.
2. Brindar actividades de educación dirigida a paciente y cuidador para la prevención de lesiones de piel asociadas a la dependencia
3. Asistir a la enfermera profesional durante el desarrollo de las curaciones a pacientes con heridas complejas
4. Realizar ronda diaria para evaluar la adherencia a la aplicación del protocolo prevención de lesiones por presión

Atentamente,

LIZETH XIMENA CASTAÑEDA CELEITA
Directora de Talento Humano
Clínica Medilaser S.A.S
NIT: 813.001.952
Sucursal Tunja

Proyectó: DXRM – Asistente Administrativo

VIGILADO Supersalud

Powered by CamScanner

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

TUNJA, BOYACA, **29/12/2025**
COLOMBIA,
A quien interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor CARMEN HELENA GRANADOS TRUJILLO** con **Cédula de Ciudadanía** número **1054252489**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550488456604682**
Fecha de apertura	**18/11/2025**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



CARVAJAL LABORATORIO IPS S.A.S
NIT: 900152996-7

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Tipo de Examen: PRE INGRESO
Certificado de aptitud: 1054252489-189457

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA.

Empresa: PARTICULARES
Actividad Económica: 0010 - ASALARIADOS

Empresa en Misión/ Contrato/ Centro de Costo: PARTICULARES

INFORMACIÓN DEL PACIENTE.

Fecha y Lugar:	04 feb. 2026 - TUNJA - BOYACA	**Identificación:**	1054252489
Paciente:	CARMEN HELENA GRANADOS TRUJILLO	**Teléfono**	3213055526 **Móvil:** 3213055526
Género	FEMENINO **Edad:** 38	**EPS:**	COOSALUD EPS
Fecha Nacimiento:	18/07/1987	**ARL:**	NO REPORTA
Estado Civil:	CASADO(A)	**AFP:**	COLPENSIONES
Escolaridad:	TECNOLÓGICO	**Cargo:**	AUXILIAR DE ENFERMERIA
Área: No Reporta			
Correo Electrónico:	chelena18@gmail.com	**Peso: 57 Talla: 165 IMC: 20.94**	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS - RECOMENDACIONES.

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	ENTRENAMIENTO EN EL ADECUADO USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL QUE LA EMPRESA LE SUMINISTRA PARA EL DESEMPEÑO DE SUS LABORES DE MANERA SEGURA, CAPACITAR EN LA PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS PROPIOS DE LA LABOR A REALIZAR, SEGUIR PAUTAS DE HIGIENE POSTURAL, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DE 5 MINUTOS POR LO MENOS CADA 2 HORAS, AUTORREGULADAS, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE.

CONCEPTO LABORAL

APTO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: CONTINUAR CONTROL MEDICO EAPB CONTROL POR OPTOMETRIA

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

VISUAL	-	PPyP
VASCULAR	-	PPyP

Información de Remisiones

OPTOMETRÍA
MÉDICINA GENERAL EPS

'CONSENTIMIENTO INFORMADO

Autorizo al(a la) *doctor*(a) abajo mencionado(a), a realizar en mi el exámen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es) registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del exámen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional (es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que realizaran el(los) examen(es). Fui ¡nformado de las medidas que tomará CARVAJAL LABORATORIO IPS S.A.S para proteger la *confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mi en este(os) examen(es) están completas y son VERÍDICAS.* Autorizo a CARVAJAL LABORATORIO IPS S.A.S para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente, manifiesto que he leido y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.
CARVAJAL LABORATORIO IPS S.A.S se acoge a las disposiciones de la ley 1581 del 2012 y al derecho reglamentario 1377 del 2013 y se responsabiliza del tratamiento de protección de datos personales'

DIEGO MOISES CEPEDA ARAQUE
Médico Especialista en Salud Ocupacional
LICENCIA S.O 1559-2015 RM 14508-SO
C.C 7.178.284

MEDICO ESPECIALISTA S.O.
DIEGO MOISES CEPEDA ARAQUE
CÉDULA DE CIUDADANÍA : 7178284
14508 - 1559/2015

Firma y cédula del Paciente
CARMEN HELENA GRANADOS TRUJILLO
1054252489