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 |
|---|---|---|
| Martinez | Lopez | Juliana Secretaria |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | GENERO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No 1061624364 | F ⊗ M ○ NB ○ | COL. ⊗ EXTRANJERO ○ | COLOMBIA |

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

| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO | | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA | DIA 23 MES 06 AÑO 1985 | CALLE 2 2A 19 Parque Risaralda | | | |
| PAÍS | COLOMBIA | PAÍS | COLOMBIA | DEPTO | CALDAS |
| DEPTO | CALDAS | MUNICIPIO | MARQUETALIA | | |
| MUNICIPIO | PALESTINA | TELÉFONO | 3117134241 | EMAIL | antosofi2112@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 | | EDUCACION MEDIA | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° | MES | 11 | AÑO | 2003 |

***EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)***

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

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

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

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

## 3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

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

| INSTITUCIÓN | MODALIDAD | No. TOTAL HORAS | GRADUADO | | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS | TERMINACIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | SI | NO | | MES | AÑO |
| IDONTEC | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 720 | X | | Tecnico de enfermeria | 12 | 2007 |

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 IDIOMAS

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

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

## 5 GERENCIA PUBLICA

**LOGRO Y MANEJO DE RECURSOS**

| | | |
|---|---|---|
| ¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?: | Nombre de la Entidad / Organización: | ¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?: |
| | ASOSIACION MUNDO HERMANOS | |
| Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos: | Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos: | Describa un logro sobresaliente de su gestión: |
| | | |
| ¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?: | Nombre de la Entidad / Organización: | ¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?: |
| | COOASOBIEN | |
| Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos: | Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos: | Describa un logro sobresaliente de su gestión: |
| | | |
| ¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?: | Nombre de la Entidad / Organización: | ¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?: |
| | SADACASH | |
| Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos: | Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos: | Describa un logro sobresaliente de su gestión: |
| | | |

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

## Persona Natural

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

| ¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?: | Nombre de la Entidad / Organización: | ¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?: |
|---|---|---|
| | TEMPLEAS S.A.S | |
| Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos: | Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos: | Describa un logro sobresaliente de su gestión: |
| | | |

**EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO**

| Nombre de la Entidad / Organización: | Cargo en Entidad Pública: | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ASOSIACION MUNDO HERMANOS | | | | | | | | |
| Calificación Obtenida: | Escala de Calificación: | Fecha Inicio: | | | Fecha Fin: | | | |
| | | Dia | Mes | Año | Dia | Mes | Año | |
| | | | | | | | | |
| Nombre de la Entidad / Organización: | Cargo en Entidad Pública: | | | | | | | |
| COOASOBIEN | | | | | | | | |
| Calificación Obtenida: | Escala de Calificación: | Fecha Inicio: | | | Fecha Fin: | | | |
| | | Dia | Mes | Año | Dia | Mes | Año | |
| | | | | | | | | |
| Nombre de la Entidad / Organización: | Cargo en Entidad Pública: | | | | | | | |
| SADACASH | | | | | | | | |
| Calificación Obtenida: | Escala de Calificación: | Fecha Inicio: | | | Fecha Fin: | | | |
| | | Dia | Mes | Año | Dia | Mes | Año | |
| | | | | | | | | |
| Nombre de la Entidad / Organización: | Cargo en Entidad Pública: | | | | | | | |
| TEMPLEAS S.A.S | | | | | | | | |
| Calificación Obtenida: | Escala de Calificación: | Fecha Inicio: | | | Fecha Fin: | | | |
| | | Dia | Mes | Año | Dia | Mes | Año | |
| | | | | | | | | |

## 6 EXPERIENCIA LABORAL

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

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

## Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>TEMPLEAS S.A.S | | | *PÚBLICA* | | *PRIVADA*<br>X | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>CALDAS | *MUNICIPIO*<br>CHINCHINÁ | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3215069415 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 07 | *Año* | 2022 | *Día* | 30 | *Mes* | 11 | *Año* | 2023 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>APOYO EN SALUD NUTRICION | *DEPENDENCIA*<br>ENFERMERIA APOYO SALUD Y NUTRI | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 9 17 66 | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ASOSIACION MUNDO HERMANOS | | | *PÚBLICA* | | *PRIVADA*<br>X | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>CALDAS | *MUNICIPIO*<br>CHINCHINÁ | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3206320980 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 19 | *Mes* | 02 | *Año* | 2020 | *Día* | 30 | *Mes* | 06 | *Año* | 2022 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>APOYO EN SALIUD Y NUTRICION | *DEPENDENCIA*<br>APOYO SALUD Y NUTRICION | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 16 5A 21 barrio la nubia | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>COOASOBIEN | | | *PÚBLICA* | | *PRIVADA*<br>X | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>CALDAS | *MUNICIPIO*<br>MANIZALES | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>6068863811 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 21 | *Mes* | 01 | *Año* | 2019 | *Día* | 06 | *Mes* | 12 | *Año* | 2019 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>APOYO EN SALIUD Y NUTRICION | *DEPENDENCIA*<br>ENFERMERIA APOYO SALUD Y NUTRI | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 24 49 74 barrio versalles | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>SADACASH | | | *PÚBLICA* | | *PRIVADA*<br>X | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>CALDAS | *MUNICIPIO*<br>CHINCHINÁ | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3117704618 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 08 | *Año* | 2013 | *Día* | 01 | *Mes* | 02 | *Año* | 2017 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA | *DEPENDENCIA*<br>4505 Y AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 9 16 102 BARRIO RINCON CAMPESTRE | | | | | |

## 7 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* | | | | | |

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 8 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | 0 | 0 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 8 | 1 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 0 | 0 |
| EXPERIENCIA DOCENTE | 0 | 0 |

## 9 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* Manizales Caldas - 04-Marzo-2026

Juliana Martinez Lopez

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

## 10 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.

Manizales/Marzo/2026

*Ciudad y fecha*

DALIS VÉLEZ

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

IDONTEC

# INSTITUTO LATINOAMERICANO DE EDUCACION IDONTEC

Con autorización oficial según resolución No04035 del 25 de Octubre de 1999 de la Secretaría de Educación del Departamento de Caldas.

## ACTA DE CERTIFICADOS
## No. 082

El día viernes 07 de Diciembre de 2007, Siendo las 5:00 PM en el salón **CONDINA** del Hotel de Pereira del Municipio de Pereira, se llevó a efecto el **ACTO DE ENTREGA DE CERTIFICADOS DE APTITUD OCUPACIONAL** a los alumnos que realizaron y aprobaron en forma satisfactoria el Programa **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, de acuerdo con los requisitos Académicos exigidos por el decreto No. 0114 del 15 de Enero de 1996 del Ministerio de Educación Nacional y Mediante Acuerdo No. 35 del 28 de Septiembre de 1999 del Ministerio de Salud. Resolución 04035 del 25 de Octubre de 1.999 de la Secretaria de Educación de Caldas y el Reglamento Pedagógico de **IDONTEC**. Dicho acto fue presidido por el Director General y Representante Legal **DR. LUIS ERNESTO MORA MARTINEZ** y la Directora Organizacional y de Formación Profesional **DRA. GLORIA STELLA MARTINEZ VARGAS.**

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación no formal, se procedió a otorgar el **CERTIFICADO DE AUXILIARES DE ENFERMERIA**, a los estudiantes cuyos apellidos, nombres y documentos de identidad se relacionan y entre ellos figuran:

**MARTINEZ LOPEZ JULIANA** **C.C. 1.061.624.364 de Palestina ( Caldas)**

Esta acta consta de 47 estudiantes certificados, comienza con el nombre de **ALZATE SUAREZ DIANA MARCELA** y se cierra con el nombre de **ZAPATA PINZON LAURA XIMENA.**

Para constancia se firma en la ciudad de Pereira a los siete (07) días del mes de Diciembre del año dos mil siete (2007).

**DR. LUIS ERNESTO MORA MARTINEZ**
**Director General**

**DRA. GLORIA STELLA MARTINEZ**
**Directora Organizacional y de Formación Profesional**

**Pereira:** Av. 30 de Agosto No. 35-22 / **PBX: 326 1817** / Tel. 336 3848 / Fax. 336 7848
**Manizales Sede El Triángulo:** Av. Santander Cra. 23 No. 54-05 / **PBX: 881 3855** / Tels. 881 4280 - 886 2664
**Manizales Sede Palogrande:** Cra 25 Nº 57-51 / Tel. 8852873
**Cali:** Cra. 42 No. 5E -22 Barrio Tequendama / **PBX: 553 6724**
**Chinchiná:** Cll. 8 No. 10-26 Parque Central / Altos Supermercado del Centro / **PBX: 850 7098** / Tel. 850 6976
**Cartago:** Cll. 11 No. 4-51 Plaza de Bolívar / Altos del Supermercado Ley / **PBX: 212 0788** / Tel. 213 5156

Scanned with CamScanner

CamScanner



**REPUBLICA DE COLOMBIA**
**DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS**

**R E S O L U C I O N No 35573**

*POR LA CUAL SE REGISTRA UN CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL EN AREAS AUXILIARES DE LA SALUD*

**EL SUBDIRECTOR DE PRESTACION DE SERVICIOS DE LA DIRECCIÓN TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS,** en cumplimiento al Decreto No. 1875 de Agosto 3 de 1994 expedido por el Ministerio de Salud, según facultad otorgada por el Decreto N 3134 de 1968, y Decreto 1352 de 2000 y según delegación de la Dirección General de la Dirección Territorial de Salud de Caldas, otorgada mediante la Resolución 0635 del 26 de junio de 2009.

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

Que ***JULIANA MARTINEZ LOPEZ*** cédula 1.061.624.364, ha solicitado el registro del certificado de aptitud ocupacional como ***TECNICO EN ENFERMERIA*** que le otorgó EL INSTITUTO LATINOAMERICANO DE EDUCACION IDONTEC, ***Acta de Certificados No. 082 del 7 de diciembre de 2007.***

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

**ARTÍCULO ÚNICO:** Registrar el certificado de aptitud ocupacional en áreas auxiliares de la salud como ***TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA*** a nombre de ***JULIANA MARTINEZ LOPEZ*** cédula 1.061.624.364, para ejercer en el Territorio Nacional.

***COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE***

Dada en Manizales a los 16 días del mes de mayo de 2011

**HECTOR WILLIAM RESTREPO OSORIO**
Subdirector Prestación de Servicios

Scanned with CamScanner

CamScanner

Registro Nacional N° 35573

Nombres:
**JULIANA**

Apellidos:
**MARTINEZ LOPEZ**

C.C.:
**1.061.624.364**

Profesión:
**AUXILIAR ENFERMERIA**

Dirección General,

PERSONAL E INTRANSFERIBLE



CamScanner

# ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

1061624364

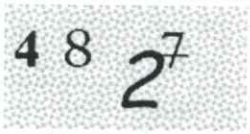
Primer Nombre

JULIANA

Primer Apellido

MARTINEZ

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

9807

Verificar Registro en ReTHUS  Limpiar

**Resultado General -2026-03-04→4:59:46 PM -2026-03-04→5:05:52 PM**

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1061624364 | JULIANA | | MARTINEZ | LOPEZ | Vigente |

**De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) JULIANA MARTINEZ LOPEZ identificado(a) con CC 1061624364 registra La siguiente información:**

**2026-03-04→5:05:52 PM**

**Información Académica**

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| AUX | Local | Auxiliar en enfermería | 2011-05-16 | 35573 | DIRECCION TERRITORIAL SALUD DE CALDAS |

**La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud**

# PROSCERTIS
## Profesionales de la Salud Certificados

NIT 1106779054-7

CERTIFICA QUE:

# Juliana Martinez López

IDENTIFICADO (A) CON DOCUMENTO NÚMERO **1061624364**

REALIZÓ Y APROBÓ EL CURSO DE:

**Atención integral con enfoque psicosocial a víctimas de conflicto armado.**

ESCANEA EL QR PARA COMPROBAR VERACIDAD

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE: **80 HORAS**

Este documento se expide en la ciudad de Bogotá el 2026-02-20, la presente certificación se expide mediante marco normativo para la educación informal y no conduce a título alguno de aptitud ocupacional, esta certificación tiene vigencia de **2 años** a partir de la generación de esta.

Zharict Yeraldin Rodríguez
REPRESENTANTE LEGAL

Proscertis

Freyner León P.
PROFESIONAL DE LA SALUD

Decreto Único Reglamentario del Sector Educación 1075 de 26 de mayo de 2015 en el marco de educación informal.
Resolución 3100 de 2019 estándar de talento humano.

# PROSCERTIS
## Profesionales de la Salud Certificados

NIT 1106779054-7

CERTIFICA QUE:

# Juliana Martinez López

IDENTIFICADO (A) CON DOCUMENTO NÚMERO **1061624364**

ESCANEA EL QR PARA COMPROBAR VERACIDAD

REALIZÓ Y APROBÓ EL CURSO DE:

**Humanización de los servicios de salud**

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE: **45 HORAS**

Este documento se expide en la ciudad de Bogotá el 2026-02-25, la presente certificación se expide mediante marco normativo para la educación informal y no conduce a título alguno de aptitud ocupacional, esta certificación tiene vigencia de **1 años** a partir de la generación de esta.

Zharict Yeraldin Rodríguez
REPRESENTANTE LEGAL

Proscertis

Freyner León P.
PROFESIONAL DE LA SALUD

Decreto Único Reglamentario del Sector Educación 1075 de 26 de mayo de 2015 en el marco de educación informal.
Resolución 3100 de 2019 estándar de talento humano.

# PROSCERTIS
## Profesionales de la Salud Certificados

NIT 1106779054-7

CERTIFICA QUE:

# Juliana Martinez López

IDENTIFICADO (A) CON DOCUMENTO NÚMERO **1061624364**

REALIZÓ Y APROBÓ EL CURSO DE:

**Atención integral en salud a víctimas de ataques con ácidos o agentes químicos**

ESCANEA EL QR PARA COMPROBAR VERACIDAD

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE: **45 HORAS**

Este documento se expide en la ciudad de Bogotá el 2026-02-28, la presente certificación se expide mediante marco normativo para la educación informal y no conduce a título alguno de aptitud ocupacional, esta certificación tiene vigencia de **1 años** a partir de la generación de esta.

Zharict Yeraldin Rodríguez
REPRESENTANTE LEGAL

Proscertis

Freyner León P.
PROFESIONAL DE LA SALUD

Decreto Único Reglamentario del Sector Educación 1075 de 26 de mayo de 2015 en el marco de educación informal.
Resolución 3100 de 2019 estándar de talento humano.

# PROSCERTIS
## Profesionales de la Salud Certificados

NIT 1106779054-7

CERTIFICA QUE:

# Juliana Martinez López

IDENTIFICADO (A) CON DOCUMENTO NÚMERO **1061624364**

REALIZÓ Y APROBÓ EL CURSO DE:

**Soporte vital básico BLS**

ESCANEA EL QR PARA COMPROBAR VERACIDAD

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE: **45 HORAS**

Este documento se expide en la ciudad de Bogotá el 2026-02-21, la presente certificación se expide mediante marco normativo para la educación informal y no conduce a título alguno de aptitud ocupacional, esta certificación tiene vigencia de **2 años** a partir de la generación de esta.

Zharict Yeraldin Rodríguez
REPRESENTANTE LEGAL

Proscertis

Freyner León P.
PROFESIONAL DE LA SALUD

Decreto Único Reglamentario del Sector Educación 1075 de 26 de mayo de 2015 en el marco de educación informal.
Resolución 3100 de 2019 estándar de talento humano.

# PROSCERTIS
## Profesionales de la Salud Certificados

NIT 1106779054-7

CERTIFICA QUE:

# Juliana Martinez López

IDENTIFICADO (A) CON DOCUMENTO NÚMERO **1061624364**

REALIZÓ Y APROBÓ EL CURSO DE:

**Gestión del duelo**

ESCANEA EL QR PARA COMPROBAR VERACIDAD

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE: **45 HORAS**

Este documento se expide en la ciudad de Bogotá el 2026-02-26, la presente certificación se expide mediante marco normativo para la educación informal y no conduce a título alguno de aptitud ocupacional, esta certificación tiene vigencia de **1 años** a partir de la generación de esta.

Zharict Yeraldin Rodríguez
REPRESENTANTE LEGAL

Proscertis

Freyner León P.
PROFESIONAL DE LA SALUD

Decreto Único Reglamentario del Sector Educación 1075 de 26 de mayo de 2015 en el marco de educación informal.
Resolución 3100 de 2019 estándar de talento humano.

# PROSCERTIS
## Profesionales de la Salud Certificados

NIT 1106779054-7

CERTIFICA QUE:

# Juliana Martinez López

IDENTIFICADO (A) CON DOCUMENTO NÚMERO **1061624364**

REALIZÓ Y APROBÓ EL CURSO DE:

**Prueba en el punto de atención al paciente POCT**

ESCANEA EL QR PARA COMPROBAR VERACIDAD

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE: **45 HORAS**

Este documento se expide en la ciudad de Bogotá el 2026-03-02, la presente certificación se expide mediante marco normativo para la educación informal y no conduce a título alguno de aptitud ocupacional, esta certificación tiene vigencia de **1 años** a partir de la generación de esta.

Zharict Yeraldin Rodríguez
REPRESENTANTE LEGAL

Proscertis

Freyner León P.
PROFESIONAL DE LA SALUD

Decreto Único Reglamentario del Sector Educación 1075 de 26 de mayo de 2015 en el marco de educación informal.
Resolución 3100 de 2019 estándar de talento humano.

# PROSCERTIS
## Profesionales de la Salud Certificados

NIT 1106779054-7

CERTIFICA QUE:

# Juliana Martinez López

IDENTIFICADO (A) CON DOCUMENTO NÚMERO **1061624364**

REALIZÓ Y APROBÓ EL CURSO DE:

**Administración segura de medicamentos**

ESCANEA EL QR PARA COMPROBAR VERACIDAD

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE: **45 HORAS**

Este documento se expide en la ciudad de Bogotá el 2026-03-03, la presente certificación se expide mediante marco normativo para la educación informal y no conduce a título alguno de aptitud ocupacional, esta certificación tiene vigencia de **1 años** a partir de la generación de esta.

Zharict Yeraldin Rodríguez
REPRESENTANTE LEGAL

Proscertis

Freyner León P.
PROFESIONAL DE LA SALUD

Decreto Único Reglamentario del Sector Educación 1075 de 26 de mayo de 2015 en el marco de educación informal.
Resolución 3100 de 2019 estándar de talento humano.

# PROSCERTIS
## Profesionales de la Salud Certificados

NIT 1106779054-7

CERTIFICA QUE:

# Juliana Martinez López

IDENTIFICADO (A) CON DOCUMENTO NÚMERO **1061624364**

REALIZÓ Y APROBÓ EL CURSO DE:

**Atención integral a víctimas de la violencia y abuso sexual con enfoque diferencial**

ESCANEA EL QR PARA COMPROBAR VERACIDAD

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE: **45 HORAS**

Este documento se expide en la ciudad de Bogotá el 2026-03-04, la presente certificación se expide mediante marco normativo para la educación informal y no conduce a título alguno de aptitud ocupacional, esta certificación tiene vigencia de **1 años** a partir de la generación de esta.

Zharict Yeraldin Rodríguez
REPRESENTANTE LEGAL

Proscertis

Freyner León P.
PROFESIONAL DE LA SALUD

Decreto Único Reglamentario del Sector Educación 1075 de 26 de mayo de 2015 en el marco de educación informal.
Resolución 3100 de 2019 estándar de talento humano.

COOASOBIEN

"COOASOBIEN"
CERTIFICA

Que el (la) señor (a) **JULIANA MARTINEZ LOPEZ** identificado (a) con la C.C. Nº **1061624364**, laboro en la entidad con contrato por Obra o Labor contratada durante el (los) periodo(s):

Enero 21 de 2019 hasta diciembre 6 de 2019, desempeñando el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA** Programa Primera Infancia – Estrategia cero a siempre modalidad Institucional municipio de Palestina.

Para constancia se firma en Manizales Caldas, a los seis (06) días del mes de Diciembre de dos mil diecinueve (2019).

Atentamente,

**IRMA LUCIA GARZON RIVERA**
Gerente

Elaboró: Omaira CC

Sede Manizales, Caldas
Carrera 26 No. 49-74 PBX: 8863811 / FAX: 8861203
Barrio Versalles
Sede Desquebradas, Risaralda
Carrera 15 No. 38-81 PBX (6) 3444055
Barrio Guadalupe
cooasobien@cooasobien.org
www.cooasobien.org

Scanned with CamScanner

CamScanner

**LA ASOCIACIÓN MUNDOS HERMANOS ONG**

**CERTIFICA QUE**

**JULIANA MARTINEZ LOPEZ,** identificado (a) con cédula de ciudadanía **No. 1.061.624.364** prestó sus servicios laborales en esta institución de la siguiente manera:

| Fecha de inicio de contrato | Fecha de terminación de contrato | Antigüedad | Tipo de contrato | Cargo / Tiempo de dedicación | Programa | Último Salario Devengado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 19/02/2020 | 31/12/2020 | 10 meses 12 días | Por obra y labor determinada | Auxiliar de Enfermería 192 horas mensuales | Centro de Desarrollo Infantil | $(975.028) M/cte. |
| 24/02/2021 | 31/12/2021 | 10 meses 7 días | Por obra y labor determinada | Auxiliar de Enfermería 192 horas mensuales | Centro de Desarrollo Infantil | $(989.189) M/cte. |
| 01/02/2022 | 30/06/2022 | 4 meses 29 días | Por obra y labor determinada | Auxiliar de Enfermería 192 horas mensuales | Centro de Desarrollo Infantil | $(1.073.129) M/cte. |

*Los programas desarrollados son en convenio con el ICBF Regional Caldas.*

**Ejecutando las siguientes funciones:**

1. Identificar necesidades y situaciones de salud individuales de los niños. 2. Movilizar recursos interinstitucionales si el caso lo amerita y Utilizar los protocolos de activación de las rutas de salud y protección cuando se requiera. 3. Realizar procesos de formación con docentes, auxiliares, madres y padres de familia para informar el estado nutricional actual de los niños y niñas y tomar las medidas conjuntas de ser necesarias. Adjunto en estos procesos de formación abordar temas referentes al sistema general de salud (afiliación al sistema, derechos y deberes del afiliado, servicios POS) e Implementar acciones de promoción y prevención de la salud. 4. Elaborar el diagnóstico situacional y tener como punto de referencia la Ruta Integral de Atenciones para iniciar el diseño de los mecanismos de articulación, atención y gestión que buscan asegurar que los niños y las niñas puedan acceder al más alto nivel de salud. 5. Elaborar e implementar el manual de buenas prácticas de manufactura para el servicio de alimentación del servicio. 6. Verificar la calidad y cantidad de los productos adquiridos para el servicio de alimentación. 7. Participar y facilitar el desarrollo de las acciones de educación alimentaria y nutricional y realizar aquellas propias del cuidado que deba dispensarse a los niños. 8. Participar en las estrategias de planeación, seguimiento, evaluación de la modalidad, y en las capacitaciones que cualifiquen la atención en el área de salud y nutrición y todos los procesos pedagógicos que apliquen al área. 9. Procurar la

consecución oportuna de los recursos necesarios para una garantizar una adecuada atención de la modalidad. 10. Elaborar o coordinar la elaboración con el profesional idóneo el diagnóstico nutricional de los niños y niñas atendidos en el servicio, bajo los parámetros establecidos por el ICBF. 11. Tener registro de la evolución del estado nutricional de cada beneficiario en las curvas de crecimiento y diligenciar el cartel de crecimiento. 12. Garantizar el adecuado uso del Alimento de Alto Valor Nutricional, en el suministro de la alimentación a los niños y niñas beneficiarios para la modalidad de atención. 13. Presentar y realizar los informes que se le exijan acorde con las normas técnicas y en el tiempo y términos establecidos. 14. Verificar la afiliación vigente al Sistema de Seguridad Social en Salud de la totalidad de niños y las niñas atendidos, o en su defecto promover las acciones para conseguirla. 15. Realizar la toma de medidas antropométricas y activación de ruta de acuerdo con el estado nutricional de cada beneficiario (por parte del profesional de salud y nutrición de la UDS), de acuerdo a la "GUÍA TÉCNICA Y OPERATIVA SISTEMA DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL" y el PROCEDIMIENTO EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO AL ESTADO NUTRICIONAL, los tiempos y periodos establecidos para este fin y sobre el 100% de los beneficiarios atendidos durante el periodo de la toma y registro en el sistema de información Cuéntame. 16. Diseñar en el POAI con los resultados de la primera toma de datos antropométricos, las acciones colectivas de educación nutricional y en la ficha de caracterización o en el formato que el ICBF disponga entregar las actividades desarrolladas a nivel individual. 17. Diseñar e implementar los mecanismos de capacitación y control a manipuladoras para garantizar la calidad e inocuidad de los alimentos ofrecidos en el servicio de alimentación. 18. Garantizar la capacitación el personal en primeros auxilios. 19. Dar a conocer a las familias la ruta de atenciones en salud y la ruta de acción en caso de vulneración de los derechos de las niñas y niños. 20. Brindar asesoría permanente a los cuidadores sobre adecuados hábitos de higiene y manipulación de alimentos, directamente en el hogar. 21. Orientar sobre aspectos nutricionales a las madres gestantes y lactantes. 22. Identificar las necesidades de formación a las familias de acuerdo con las prácticas de nutrición observados en las visitas familiares. 23. Acompañar y orientar las acciones educativas de los padres madres y personas significativas en la crianza y cuidado de los niños y niñas en las condiciones de su hogar y entorno social inmediato. 24. Incentivar la participación de las familias en los encuentros formativos y reforzar y hacer seguimiento a la apropiación de los aprendizajes construidos durante los mismos identificando los logros y dificultades. 25. Realizar visitas de acompañamiento al hogar, en coordinación con el equipo de la modalidad. 26. Tener registro de la evolución del estado nutricional de cada beneficiario en las curvas de crecimiento y diligenciar el cartel de crecimiento. 27. Elaborar el plan de intervención individual para los niños y niñas que presenten malnutrición. El Plan deberá estar acorde a las directrices del ICBF. 28. Garantizar la entrega de las raciones alimentarias preparadas, para preparar y refrigerios según aplique, en la cantidad y calidad establecida para cada grupo de edad. Registrando los datos de entrega en las planillas correspondientes. 29. Organizar y sistematizar información sobre las acciones adelantadas con los niños, niñas familias y comunidades y entorno social inmediato. 30. Fomentar el desarrollo de actividades pedagógicas en los que niñas y niñas conocen y quieren su cuerpo. 31. Sostener comunicación permanente con los padres, madres o adultos responsables de los niños y niñas con el fin de identificar las situaciones favorables al desarrollo y promover el restablecimiento de derechos cuando estos sean afectados por inobservancia, amenaza o vulneración. 32.

Garantizar la entrega de las raciones alimentarias preparadas, para preparar alimentos según aplica, en la cantidad y calidad establecida para cada grupo de edad, registrando los datos de entrega en las planillas correspondientes. 33. Implementar y cumplir con el sistema integrado de gestión, (pertenecer a uno de los comités del sistema integrado de gestión, calidad, ambiental, seguridad de la información seguridad y salud en el trabajo e innovación), y realizar e implementar las acciones que designen en el mismo). 34. Cumplir e implementar las obligaciones que se deriven de la Ley, reglamentos, manuales operativos, lineamientos vigentes y documentos técnicos del servicio, sus respectivas actualizaciones, o que se expidan con posteridad y demás documentos aplicables al servicio y a la modalidad. 35. Garantizar el cumplimiento de las condiciones establecidas para la modalidad de Desarrollo Infantil en Medio Familiar en el documento "MANUAL OPERATIVO PARA LA ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA – MODALIDAD FAMILIAR" y en el documento "LINEAMIENTO TÉCNICO PARA LA ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA" del ICBF, los cuales debe estudiar, conocer y aplicar en la ejecución del presente contrato y en la prestación del servicio de Desarrollo Infantil en Modalidad Familiar. 36. Abstenerse de realizar conductas tales como: i. Reportar información falsa en cualquier aspecto en relación con la atención de los niños y las familias; ii. Incorporar en las bases de datos y reportes de atención niños y/o niñas que no asistan o hagan parte del proceso, iii. Reportar entregas falsas de refrigerios o complementos o raciones; iv. Reportar el desarrollo de talleres no realizados.

Se expide a solicitud del interesado a los 20 días del mes de septiembre de 2024.

**YEFERSON ESTIBEN CANO QUINTERO**
**Líder Gestión Humana**

*Elaborado por: Auxiliar Administrativa*