



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA



1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO COLLAZOS	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) CONTRERAS	NOMBRES LEIDY CRISTINA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1.122.119.797	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA PAÍS DÍA 21 MES 07 AÑO 1987 DEPTO META MUNICIPIO ACACIAS	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CLL 17 A # 45-93 MZ O CASA 16 LLANO VERDE 3 PAÍS COLOMBIA DEPTO META MUNICIPIO ACACIAS TELÉFONO 3233259471 EMAIL LEDI1803@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	X	MES 12 AÑO 2008	

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		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN					No. DE TARJETA PROFESIONAL
	SI	NO	MES		AÑO					
TECNICA	3 SEMESTRES	X		AUXILIAR DE ENFERMERIA	12	2	0	0	8	50-14128
TECNICA	2 SEMESTRES	X		AUXILIAR DE FARMACIA	12	2	0	1	7	20546

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

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

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

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 HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO META	MUNICIPIO ACACIAS	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 6560160	FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 05 AÑO 2023	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO 	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE RX	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN DIAGONAL 15#26-21	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD FAMEDIC	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO META	MUNICIPIO ACACIAS	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD acacias@famedicips.com	
TELÉFONOS 6565688	FECHA DE INGRESO DÍA 15 MES 10 AÑO 2016	FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 11 AÑO 2018	
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN CR 14 #19-19	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO MEDICO E IMÁGENES	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO META	MUNICIPIO ACACIAS	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3123255695	FECHA DE INGRESO DÍA 02 MES 01 AÑO 2018	FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 10 AÑO 2020	
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE RX	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN DIAGONAL 15#24-34	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO META	MUNICIPIO ACACIAS	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 6560160	FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 03 AÑO 2019	FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 09 AÑO 2021	
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE RX	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN DIAGONAL 15# 26-21	

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

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

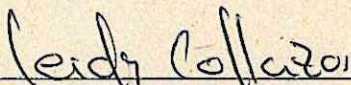
INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
AUXILIAR DE ENFERMERIA	5 AÑOS	
AUXILIAR DE FARMACIA	4 AÑOS	

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ☐ 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).


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.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Tipo de declaración Fecha de publicación

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
LEIDY	CRISTINA	COLLAZOS	CONTRERAS

Documento de identificación	
Tipo CEDULA DE CIUDADANIA	Número 1122119797

Lugar de nacimiento			
País COLOMBIA	Departamento META	Municipio ACACÍAS	

Lugar de domicilio			
País COLOMBIA	Departamento META	Municipio ACACÍAS	

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	HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS	
Lugar de sede		
País COLOMBIA	Departamento META	Municipio ACACÍAS
Dirección <input 15="" 26-21="" diagonal="" jose"]"="" no="" san="" type="text" value="["/>		
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 ACRENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	\$25.800.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	\$25.800.000,00

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	\$5.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
00000	COLOMBIA	META	ACACÍAS	\$0,00

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 ☒

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 ☒

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí ☐ No ☒

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 ☒

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí ☐ No ☐

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento Número

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí ☐ No ☒

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de 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 ☒

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 ☒

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 ☒

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

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones:

Sí

☐

No

☒

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

☒

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:

- > Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
- > Establecimientos que posee.
- > Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
- > Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

--

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.122.119.797

COLLAZOS CONTRERAS

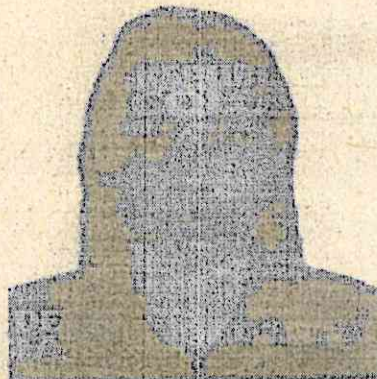
APellidos

LEIDY CRISTINA

Nombre

Leidy Collazos

Firma



FECHA DE NACIMIENTO 21-JUL-1987

ACACIAS
(META)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58
ESTATURA

O+
G S. RH

F
SEXO

05-SEP-2005 ACACIAS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-5200500-00264080-F-1122119797-20101108

0024705268A 1

35317253

2. Concepto **02** Actualización

4. Número de formulario

14948637226



(415)7707212489984(8020) 000001494863722 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

1 1 2 2 1 1 9 7 9 7

8

Impuestos y Aduanas de Villavicencio

2 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 1 2 2 1 1 9 7 9 7

27. Fecha expedición

2 0 0 5 0 9 0 5

Lugar de expedición

28. País

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento

Meta

5 0

30. Ciudad/Municipio

Acacías

0 0 6

31. Primer apellido

COLLAZOS

32. Segundo apellido

CONTRERAS

33. Primer nombre

LEIDY

34. Otros nombres

CRISTINA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Meta

5 0

40. Ciudad/Municipio

Acacías

0 0 6

41. Dirección principal

CL 17 A 45 93 MZ O CA 16 BRR LLANO VERDE III

42. Correo electrónico

ledi1803@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 2 3 3 2 5 9 4 7 1

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

46. Código

47. Fecha inicio actividad

8 6 1 0

2 0 1 2 0 1 0 1

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

8 6 9 9

2 0 1 2 0 1 0 1

Otras actividades

50. Código

1

2

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

4 9

49 - No responsable de IVA

Obligados 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

61. Fecha

2023 - 09 - 19 / 09 : 30: 18

La Información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

Leidy Collazos

984. Nombre

COLLAZOS CONTRERAS LEIDY CRISTINA

985. Cargo

CONTRIBUYENTE



República de Colombia

La República de Colombia

y en su nombre



COFREM

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
REGIONAL DEL META

Colegio Académico de Bachillerato "COFREM"

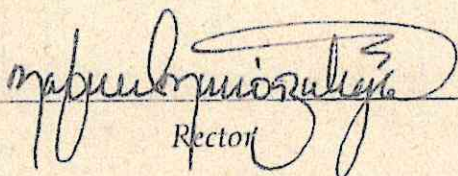
Villavicencio - Meta

Autorizado por la Secretaría de Educación del Meta según
Resolución No. 1201 del 17 de Diciembre de 1999 y en el
desarrollo de lo dispuesto en el Artículo 89 de la Ley 115 de 1994

Confiere a :

Leydi Cristina Collazos Contreras

Por Culminar satisfactoriamente los estudios de Bachillerato Básico, de acuerdo
a los planes de estudios vigentes; habilitándolo plenamente para ingresar
a la Educación Media o al servicio especial de educación laboral o al
desempeño de ocupaciones que exijan este grado de formación.


Rector


Secretario

Acacias, julio 16 de 2005

Leydi Collazos

Acta de Grado

Inscripción S.E. 5112004
DANE 350001-001087



COFREM

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
REGIONAL DEL META

Colegio Académico de Bachillerato Cofrem

Villavicencio - Meta

En la ciudad de Villavicencio, a los doce (12) días del mes de julio de 2008 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría del Plantel. Institución aprobada hasta Nueva Visita en el nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el TÍTULO DE BACHILLER en la modalidad ACADÉMICO según Resolución No. 1201 de diciembre 17 de 1999.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional se procedió a otorgar el TÍTULO DE BACHILLER ACADÉMICO, a los graduandos cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

Leidy Cristina Collazos Contreras

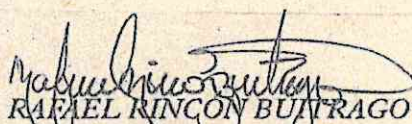
Identificada con C.C. No.1.122.119.797 de Acacias

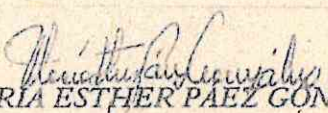
Es fiel copia tomada del Acta original No. 022 de fecha doce (12) de julio de 2008 que consta de 75 alumnos graduandos que comienza con el nombre de ABELLO RAMOS ÁNGELA YINED y se cierra con el nombre de ZAMBRANO MORA KEVIN.

Firmado por RAFAEL RINCÓN BUITRAGO (Rector) y MARÍA ESTHER PÁEZ GONZÁLEZ (Secretaria).

Dada en Villavicencio a los doce (12) días del mes de julio de 2008.

Firmado


RAFAEL RINCÓN BUITRAGO
C.C. No. 86.048.329 V/cio.
Rector


MARÍA ESTHER PÁEZ GONZÁLEZ
C.C. No. 41.696.637 Bogotá
Secretaria

Leidy Collazos

Acta Inicial de Grado

"Los Andes"

Centro de Estudios Tecnológicos
Villavicencio - Meta

La República de Colombia
y en su nombre

En la ciudad de Villavicencio, a los **12** días del mes de **DICIEMBRE** del año **2008** se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos. Los suscritos Directora y Secretaria en la Rectoría del CENTRO DE ESTUDIOS TECNOLÓGICOS LOS ANDES. Aprobada por el Decreto No. 042 del 26 de Febrero del 2001, del Ministerio de Salud del 24 de Octubre del 2000, y el Decreto No. 37 del 20 de Febrero del 2007 por la Secretaría de Educación del Meta.

Comprobada la situación de los estudiantes, se les otorga el **CERTIFICADO COMO TÉCNICO AUXILIAR EN ENFERMERÍA** al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

Certifica que:

LEIDY CRISTINA COLLAZOS CONTRERAS

C.C. No. 12.119.797

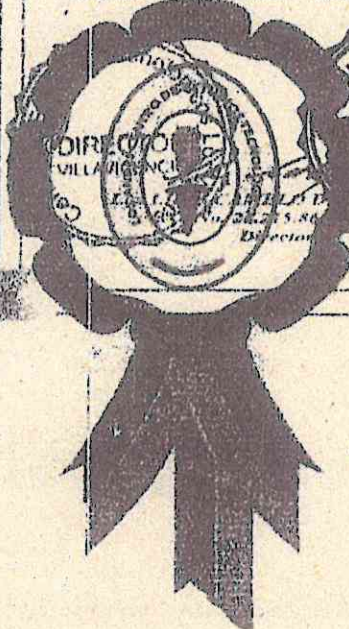
que consta de **12** alumnos que comienzan con el nombre de **Agudele Moreno Francy Milena** y se cierra con el nombre de **ACACIAS**

firmado por: Lic. **LILIA CAMELO DE MANCERA** (Directora) y **NUBIA TELIA PARRA ROJAS** (Secretaria)

Curso y Aprobó los Estudios como Técnico

Auxiliar en Enfermería

Dado en Villavicencio, a los **12** días del mes de **DICIEMBRE** de **2008**



Lilia Camelo de Mancera
Directora

Nubia Telia Parra Rojas
C.C. No. 30.370.167 de Villavicencio
Secretaria



Libro de Registro N° **E**

Acta N° **13**

Folio N°

Leidy Collazo

Dado en Villavicencio a los **12** días del mes de **DICIEMBRE** de **2008**

Acta Individual de Grado



“ Los Andes ”
Centro de Estudios Tecnológicos
Villavicencio - Meta

En la ciudad de Villavicencio, a los **DOCE** días del mes de **DICIEMBRE** del año **2008** se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos. Los suscritos **Directora y Secretaria en la Rectoría del CENTRO DE ESTUDIOS TECNOLÓGICOS LOS ANDES. Aprobada por la Secretaria de Educación del Meta, Según acuerdo No. 042 del Ministerio de Salud del 24 de Octubre del 2000, Resolución No. 0137 del 26 de Febrero del 2001.**

Comprobada la situación Legal y Académica, de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Técnica se procedió a otorgar el **CERTIFICADO COMO TECNICO AUXILIAR EN ENFERMERIA** al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

LEIDY CRISTINA COLLAZOS CONTRERAS

CC. 1.122.119.797 de ACACIAS

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. **13** de fecha **12 DIC.** de **2008** que consta de **alumnos que comienza con el nombre de Agudelo Moreno Francy Milena**

y se cierra con el nombre de **Zarta Quintero Diana Marcelo**

firmado por: Lic. **LILIA CAMELO DE MANCERA** (Directora) y **NUBIA STELLA PARRA ROJAS** (Secretaria)

Dada en Villavicencio, a los **12** días del mes de **DICIEMBRE** de **2008**



Lic. **LILIA CAMELO DE MANCERA**
C.C. No. 21.215.866 de Vicio.
Directora

Firmado



NUBIA STELLA PARRA ROJAS
C.C. No. 40.370.167 de Vicio.
Secretaria

diplol@ser Tel. 0550613

Leidy Collazo

 **Gobernación del Meta**

Nit: 892000148-8

RESOLUCIÓN NÚMERO 50- 14128
(23 de noviembre de 2012)

Por la cual se autoriza el ejercicio de la profesión

LA JEFE DE LA OFICINA DE SEGURIDAD SOCIAL, INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL

En uso de sus facultades y en especial las conferidas en el Decreto 1875 de 1994, Resolución 0285/89 de Minsalud y Resolución 0088/04 de la Secretaría Departamental de Salud, y

CONSIDERANDO:

Que LEIDY CRISTINA COLLAZOS CONTRERAS con cédula de ciudadanía 1.122.119.797 de Acacias, solicitó ante esta Secretaría autorización para ejercer como Auxiliar en Enfermería, según el Certificado de Técnico Laboral, otorgado por los Andes Centro de Estudios Tecnológicos el 12 de diciembre de 2008.

Que, revisada la documentación presentada se constató el cumplimiento de los requisitos exigidos para dicho trámite.

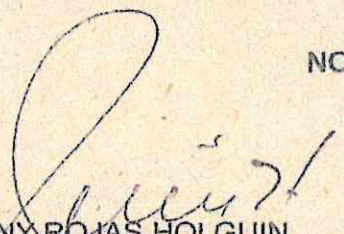
Que en virtud de lo expuesto, este despacho.

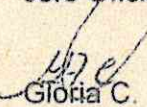
RESUELVE:

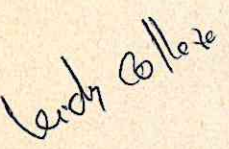
ARTÍCULO PRIMERO. Autorizar a LEIDY CRISTINA COLLAZOS CONTRERAS con cédula de ciudadanía 1.122.119.797 de Acacias, para ejercer como Auxiliar en Enfermería, en el Territorio Nacional.

ARTÍCULO SEGUNDO. Contra la presente resolución procede el recurso de reposición y apelación en los términos establecido en el Decreto 01 de 1984.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE


MARLENY ROJAS HOLGUIN
Jefe Oficina de Seguridad Social, I.V.C.


Gloria C.


Leidy Collazo



Calle 37 Nro 41-80 Barrio Barzal Alto Tel: 6620158
www.secretariaseccionaldesaluddelmeta.gov.co

Secretaría Seccional de Salud del Meta



GOBERNACIÓN DEL META

SECRETARÍA DE SALUD

Carné de Inscripción

DEPARTAMENTO DEL META

**LEIDY CRISTINA
COLLAZOS CONTRERAS**

C.C. 1.122.119.797

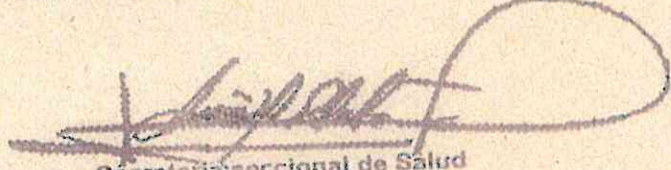
Registro No. 50-14128 META



AUXILIAR EN ENFERMERIA

"La secretaria Seccional del departamento del Meta
de Seguridad Social, Inspección, Vigilancia y Control
hace constar que el portador de este carné cumple con los
requisitos legales para ejercer la profesión"

**FECHA DE EXPEDICIÓN
NOVIEMBRE 2012**


Secretaría seccional de Salud

www.systemcard.com.co

Leidy Collazos

Menu

Iniciar Sesión

Registrarse

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Número de Identificación *

Primer Nombre

Primer Apellido

Cedula de Ciudadanía

1122119797

leidy

collazos

Confirme los números de la Imagen *

7758

Cambiar

3552

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2026-04-06 -1:10:28 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1122119797	LEIDY	CRISTINA	COLLAZOS	CONTRERAS	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) LEIDY CRISTINA COLLAZOS CONTRERAS identificado(a) con CC 1122119797 registra La siguiente información:

2026-04-06 -1:10:28 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN SERVICIOS FARMACEUTICOS	2018-01-05	20546	GOBERNACION DEL META
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA	2012-11-23	14128	GOBERNACION DEL META

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

SISPRO

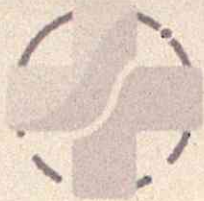
Dirección
Carrera 13 # 32-76 (piso 1)
Cundinamarca, Bogotá D.C.
Código Postal: 110311

Horario de atención:
Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Contacto

Teléfono
centralizador:
En Bogotá: 601 330 5043 Opción 2
Resto del país: 018000960020 Opción 1
Correo de notificaciones judiciales:
notificacionesjudiciales@minisalud.gov.co

Términos y condiciones



**IPS CLINICA
INTEGRAL SAS**

CERTIFICACIÓN

La suscrita Gerente de la IPS CLINICA INTEGRAL S.A.S. Con NIT 900.392.102-9, certifica que la señora **LEIDY CRISTINA COLLAZOS CONTRERAS**, identificado con la cédula de ciudadanía número 1.122.119.797 expedida en Acacias- Meta, desde el 27 de septiembre de 2021 hasta el año 2022, quien desempeñaba los cargos de **Auxiliar de Enfermería y Auxiliar de Farmacia**.

Durante este tiempo ha demostrado ser una persona honesta, trabajadora, responsable y con excelente comportamiento individual, social y familiar.

Se expide la presente en Acacias- Meta a los 11 día del mes de junio de 2022 por solicitud expresa del interesado para presentar a quien interese.

Quien certifica


LUZ HELI VILLALOBOS NAVARRO

CC. 49.758.613

Representante Legal

IPS CLÍNICA INTEGRAL SAS

NIT. 900.392.102-9

Gatc.

Calle 100 # 89 – 37 Torre A Piso 05 WTC
Call Center 034- 3222315
Cel: 3012889038
www.ipsclinicaintegral.com
Bogotá / Colombia

SEDE ACACIAS: Calle 11 N°17-67 Ciudad Jardín
Teléfono: 3105034173
contacto@ipsclinicaintegral.com
Acacias - Meta

 HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS	HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS E.S.E NIT. 892.000.264 - 4		
	PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL- CONTRATACION		
	CERTIFICADO DE CONTRATOS		
	Fecha: 26/11/2020	Código: GJ-SP1-FR5	Versión: 02

LA OFICINA DE CONTRATACION CERTIFICA QUE:

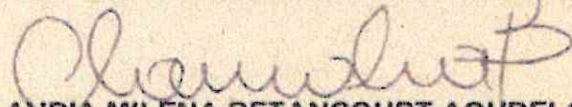
Verificados los archivos que reposan en la oficina de contratación, **LEIDY CRISTINA COLLAZOS CONTRERAS**, identificada con la cedula de ciudadanía No.1.122.119.797 y el Hospital Municipal de Acacias E.S.E., celebraron los contratos que se relacionan a continuación:

OBJETO			
PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE APOYO COMO AUXILIAR EN RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS EN EL HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS E.S.E..			
No. CONTRATO	FECHA INICIO	VALOR	TIEMPO
150 de 2019	01 de marzo de 2019	\$2.100.000	01 mes
238 de 2019	01 de abril de 2019	\$6.300.000	03 meses
454 de 2019	01 de julio de 2019	\$12.600.000	06 meses
059 de 2020	01 de enero de 2020	\$4.200.000	02 meses
175 de 2020	01 de marzo de 2020	\$4.200.000	02 meses
264 de 2020	01 de mayo de 2020	\$6.300.000	03 meses
402 de 2020	01 de agosto de 2020	\$10.500.000	05 meses
101 de 2021	01 de enero de 2021	\$4.346.000	02 meses
158 de 2021	01 de marzo de 2021	\$2.173.000	01 mes
196 de 2021	01 de abril de 2021	\$2.173.000	01 mes
236 de 2021	01 de mayo de 2021	\$4.346.000	02 meses
383 de 2021	01 de julio de 2021	\$6.519.000	03 meses

NOTA: Es de aclarar que las actividades que ejecuta **EL CONTRATISTA**, en desarrollo de los contratos mencionados anteriormente, no genera relación laboral, ni prestaciones sociales, ni cumple con los preceptos jurídicos para la configuración de un contrato laboral, por lo tanto no da derecho a ningún tipo de emolumentos distintos a los pactados en este contrato, de acuerdo con lo establecido en inciso 2°. Numeral 3º del artículo 32 de la ley 80 de 1993.

PARÁGRAFO: En cumplimiento de la Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios.

Para constancia se firma en la ciudad de Acacias (Meta), el veintinueve (29) de septiembre de 2021.


CLAUDIA MILENA BETANCOURT AGUDELO

Oficina de contratación.

contratacion@hospitaldeacacias.gov.co

6560160 -Ext.107

Su salud en buenas manos |

Diagonal 15 No 26-21 Barrio San José Telefax (8) 6560160 ext. 107

Acacias - Meta



DROGUERIA **Disfarma**

El suscrito representante legal de la DROGUERIA DISFARMA FB

NIT 17.418.553-9

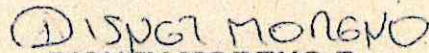
CERTIFICA QUE:

La señora LEIDY CRISTINA COLLAZOS identificada con Cedula de Ciudadanía No. 1.122.119.197 expedida en Acacias Meta, Laboro en esta Drogueria como Auxiliar de Farmacia, desde el 01 enero de 2019 hasta el 01 de Diciembre de 2020.

Demostrando ser una persona honesta, responsable y cumplidora con su deber.

Expedida en la ciudad de Acacias a los 20 días del mes de Diciembre del año 2020

Atentamente,


DISNEY MORENO B
Regente de Farmacia

Calle 25 N 19b – 11 Barrio Guaratara Cel 311 470 1623
E-Mail: disneycj82@gmail.com



El suscrito **YESID ALFONSO BLANCO GOYENCHE** identificado con cédula de ciudadanía No. 79.518.942 de Bogotá, actuando como Director General de la empresa **SERVICIOS MEDICOS FAMEDIC S.AS**, con **NIT 900.405.505-1**

CERTIFICA QUE:

La señora **LEIDY CRISTINA COLLAZOS CONTRERAS** identificada con cédula de ciudadanía No. **1.122.119.797**, laboró en nuestra compañía sede FAMEDIC IPS ACACIAS, por medio de un contrato a término indefinido desde el quince (15) de Octubre de 2016 hasta la fecha de 30 de noviembre de 2018, desempeñando el cargo de **AUXILIAR DE SERVICIO FARMACÉUTICO**.

En constancia de lo expuesto se firma el presente certificado a solicitud de la interesada en la ciudad de Acacias, hoy tres (03) días del mes Diciembre de Dos mil Dieciocho (2018).

Atentamente,


FAMEDIC
Yesid Alfonso Blanco G.
Director General
Oficina de Recursos Humanos
C.M. 1718420
No. 12-27 Barrio Alto

YESID ALFONSO BLANCO GOYENCHE
Director General

Calle 12 N 27 – 81 La Acacias, Teléfono: 6565688
Acacias- Meta



UNIDAD CLINICA SAN DIEGO

Atención Integral al paciente"
NIT 9 00070586-8

La suscrita representante legal de la Unidad Clínica San Diego,

Certifica:

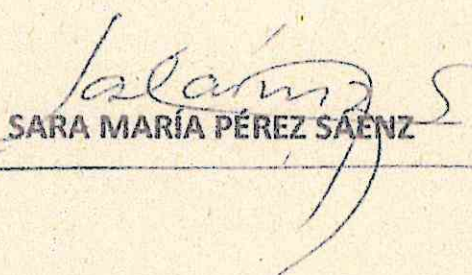
Que, la señora **LEIDY CRISTINA COLLAZOS CONTRERAS**, identificada con CC No.1.122.119.797, estuvo vinculada a esta entidad mediante contrato a término fijo inferior a un (1) año, desempeñándose como Auxiliar de Enfermería, durante los años 2013, 2014 y 2015 así:

2013 del 01 de febrero al 21 de diciembre.

2014 del 01 de febrero al 30 de diciembre.

2015 del 13 de enero al 30 de agosto.

Esta certificación se da a solicitud de la interesada a los 24 días del mes de octubre de 2016.


SARA MARÍA PÉREZ SAENZ



**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:

LEIDY CRISTINA COLLAZOS CONTRERAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.122.119.797**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 30 de Marzo del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Leidy Collazos
1122119797



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.



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) LEIDY CRISTINA COLLAZOS CONTRERAS identificado(a) con CC. 1122119797 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 2° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios: 2016/10/01
Estado de la Afiliación: ACTIVO
IPS: MULTISALUD SAS - NUTIVARA - ACACIAS
Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 30 días del mes de 03 del año 2026.

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales
EPS FAMISANAR S.A.S.

Leidy Collar
1122119797

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 30 de marzo de 2026, a las 15:16:38, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1122119797
Código de Verificación	1122119797260330151637

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

Leidy Collier
1122119797



Bogotá DC, 30 de marzo 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) LEIDY CRISTINA COLLAZOS CONTRERAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1122119797:

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>

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamento Con El Ciudadano (C)

*Leidy Collazos
1122119797*

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.

División de Relacionamento con el Ciudadano.





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 30/03/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 1122119797

Apellidos y Nombres: **COLLAZOS CONTRERAS LEIDY CRISTINA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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



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

*Leidy Collazos
1122119797*



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, 30/03/2026 03:43:28 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1122119797** y Nombre: **LEIDY CRISTINA COLLAZOS CONTRERAS.**

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. **137388594**. 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 Búsqueda

Imprimir

*Leidy Collazos
1122119797*

515 9000

**Dios y
Patria**

Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 Nº 25 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112

**COLOMBIA
POTENCIA DE LA
VIDA**

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 15:38:07 horas del 30/03/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1122119797**,
Apellidos y Nombres **COLLAZOS CONTRERAS LEIDY CRISTINA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **hospital municipal de acacias**, con NIT **892000264-4** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 "*por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones*" y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 "*por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018*", con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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

Leidy Collazos
1122119797



**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 1122119797 **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 30/03/2026 03:28 PM



Código Verificación: 529V4KYTAP

Válida hasta: 28/06/2026

Dirección de Gobierno Digital

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

lech coll, 11221197979



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 10.827

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
12 DÍA	04 MES	2025 AÑO	ACACIAS (META, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULARES CONTADO				HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
COLLAZOS CONTRERAS LEIDY CRISTINA				Genero	Edad	Hemodisfusión	Documento de identificación
				FEMENINO	37 AÑOS	O +	CC 1122119797
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo AUXILIAR DE ENFERMERIA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)							
Observaciones: CLINICAMENTE SANA							
NO SE EVALUARÁN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)							N/A
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO	RECOMENDACIONES		
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA	NO APLICA		
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS EN OSTEOMUSCULAR				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES			
		USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES			
		PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		FORTALECIMIENTO MUSCULAR			
				CONTROL DE PESO			
				ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA			
				HACER DEPORTE			
				DIETA BALANCEADA			
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
Firma: DIAZGRANADOS FLORIAN CLAUDIA YOLIMA				Firma: COLLAZOS CONTRERAS LEIDY CRISTINA			
R. M.: 50 9590 L.S.O.: 9755/2025				CC: 1122119797			

CERTIFICADO DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD

Acacias (Meta), 30 de marzo 2026

Señores

HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS E.S.E.

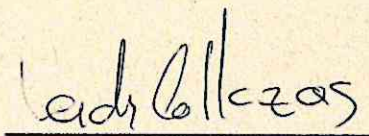
Bajo la gravedad de Juramento YO, **LEIDY CRISTINA COLLAZOS CONTRERAS** mayor de edad Identificado (a) con cedula de ciudadanía No. **1.122.119.797**, expedida en Acacias, meta

CERTIFICO:

Bajo la gravedad del juramento que se entiende con la mera presentación de este escrito, que no me encuentro incurso en ninguna de las causales de procesos de alimentos, de inhabilidad e incompatibilidades para contratar con el Estado Colombiano, de acuerdo al artículo 8 y 9 de la ley 80 de 1993, artículo 127 de la Constitución Nacional, artículo 18 de la Ley 1150 del 2007, Ley 311 de 1996, y demás normas aplicables.

En Constancia de lo aquí aseguro, firmo con esta certificación en la fecha arriba consignada.

Atentamente,



LEIDY CRISTINA COLLAZOS CONTRERAS

Cc.1.122.119.797 de ACACIAS,META



Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

Que nuestro(a) cliente LEIDY CRISTINA COLLAZOS CONTRERAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1,122,119,797 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 296000554 abierta el 26 de mayo de 2023 cuenta ACTIVA y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, el 6 de abril de 2026.

Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos:	0296000554
Cuenta de 16 dígitos:	0296000200000554
Cuenta de 20 dígitos:	00130296000200000554

Firma autógrafa

Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.



HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS E.S.E

NIT. 892.000.264 - 4

PROCESO PLANEACIÓN ESTRATÉGICA

FORMATO SARLAFT PERSONA NATURAL

Fecha: 15/05/2024

Código: PE-SP1-FR-06

Versión: 02

FORMULARIO UNICO DE CONOCIMIENTO - PERSONA NATURAL

1. Datos Generales

Primer Apellido Collazos	Segundo Apellido Contreras	Primer Nombre Ledy	Segundo Nombre Cristina
fecha de Nacimiento 21 07 1987	Lugar de Nacimiento Acacias	Departamento Meta	
Sexo: F ☐ M ☒	Tipo de Identificación C.C. ☒ T.I. ☐ C.E. ☐	Número de Identificación 4122 119 797	
fecha de Expedición 05 09 2005	Lugar de Expedición Acacias	Departamento Meta	
Nivel Educativo Primaria ☒ Tecnológico ☐ Secundaria ☒ Universitario ☐ Técnico ☒ Especialización ☐		Ocupación Empleado ☐ Independiente ☒ Pensionado ☐	
Profesión/oficio Aux. Enfermería		Empresa donde labora o negocio donde desarrolla su actividad Hospital Municipal de Acacias	
Tipo de Empresa Publica		Cargo/Actividad Aux laboratorista	
Antigüedad (años) 6 años		Pasatiempo Escuchar music	
Por su cargo o actividad administra recursos públicos? SI ☐ NO ☒		Tiene vínculos familiares o parentesco con Persona Publicamente expuesta? SI ☐ NO ☒	
Por su cargo o actividad, detenta algún grado de poder público? SI ☐ NO ☒		Por su actividad y oficio goza de reconocimiento público general? SI ☐ NO ☒	
Si alguna de las anteriores es afirmativa por favor especifique:			

Tipo de Vivienda Propia ☐ Familiar ☐ Arrendada ☒ Estrato ☐		Nombre del Arrendador Adriano Encinas		Teléfono 3213034263	Si la vivienda es arrendada Antigüedad (Años)
Estado Civil Soltero ☒ Casado ☐ Divorciado ☐ Unión Libre ☐ Viudo ☐		Tiene Hijos? SI ☒ NO ☐ Número de Hijos 3		Número de personas a cargo 7	
Dirección de Residencia M20 casa 76		Barrio llano verde 3		Ciudad Acacias	
E-mail Personal ledy7503@gmail.com		Teléfono 3233259471		Celular 3233259471	
Dirección Oficina Diag 75 # 26-21		Barrio San Jose		Ciudad Acacias	
E-mail Oficina		Teléfono 6560160		Celular	

Dirección de Residencia M20 casa 76		Barrio llano verde 3		Ciudad Acacias	
E-mail Personal ledy7503@gmail.com		Teléfono 3233259471		Celular 3233259471	
Dirección Oficina Diag 75 # 26-21		Barrio San Jose		Ciudad Acacias	
E-mail Oficina		Teléfono 6560160		Celular	

Envío de Correspondencia	Residencia ☐ Oficina ☐ OtraCuál?
--------------------------	--

Responsable de IVA Común ☐ Simplificado ☐ No Aplica ☒	Referencia Financiera Nombre de la Entidad BBVA Ciudad Acacias Departamento Meta Clase de producto o número de la cuenta	Personal/Familiar Nombre Parentesco Ciudad Departamento Dirección Teléfono
--	--	--

Tiene cuentas o productos financieros en moneda extranjera SI ☐ NO ☒	Ingresos Mensuales Por actividad principal 2'580.000 Otros Ingresos 0 Total Ingresos Mensuales 2'580.000	Egresos Mensuales Cuotas Préstamos 600.000 Gastos de Sostentamiento 600.000 Otros Gastos 1'200.000 Total Egresos Mensuales 2'400.000
---	---	--

Tiene cuentas o productos financieros en moneda extranjera SI ☐ NO ☒	Total Activos 1'000.000	Total Pasivos 5.000.000	Total Patrimonio 4.000.000
Tipo de producto Identificación del Producto Entidad Ciudad País Moneda Monto	*Explique Otros Ingresos		

I. CONOCIMIENTO DEL CLIENTE

2. Localización

3. Datos Tributarios

4. Referencias

5. Operaciones Internacionales

6. Información Financiera



HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS E.S.E

NIT. 892.000.264 - 4

PROCESO PLANEACIÓN ESTRATÉGICA

FORMATO SARLAFT PERSONA NATURAL

Fecha: 15/05/2024

Código: PE-SP1-FR-06

Versión: 02

FORMULARIO UNICO DE CONOCIMIENTO - PERSONA NATURAL

II. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE LOS FONDOS

Obrando en mi propio nombre de manera voluntaria y expresando que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de origen de fondos a la entidad, con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a la normatividad legal vigente establecida por la SUPERINTENDENCIA DE SALUD, el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto 663 de 1993, Leyes 190 de 1996 y 1474 de 2011, y demás normas legales concordantes con la apertura y manejo de operaciones financieras.

1. Los recursos que entrego, deposito y/o administro provienen de las siguientes fuentes: (Detalle de la ocupación, oficio, profesión, actividad, negocio, etc)

Aux. Laboratorio Clínico

2. Declaro que mis recursos no provienen de ninguna actividad ilícita

3. Declaro que no admitiré que terceros efectúen pagos en mi nombre ni depósitos en mis cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.

III. AUTORIZACIONES

Autorizo de manera expresa e irrevocable al HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS ESE para:

1. Terminar cualquier relación en el caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este formulario, o cuando no actualice oportunamente los datos contenidos en el mismo por cambios en la información reportada o por solicitud de la entidad, eximiendo a las entidades mencionadas anteriormente de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado. En constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, firmo el presente documento en el espacio destinado para tal fin.
2. Reportar, procesar, solicitar, divulgar y consultar a la Listas de Riesgo que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información referente a mi comportamiento como Contratista o Funcionario del HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS ESE. La autorización se acoge al reglamento de la Centrales de Riesgo cualquier entidad que administre o maneje bases de datos con los mismos fines y a la normatividad vigente sobre bases de datos.
3. Suministrar esta información a cualquier una de dichas entidades, en caso de mi eventual vinculación con alguna de ellas, y/o la posible contratación de otros productos ofrecidos por las mismas.
4. Que graben en cintas magnetofónicas o cualquier otro medio idóneo para el almacenamiento de información, las conversaciones telefónicas o la transmisión de órdenes o acuerdos de negocio que surjan en desarrollo de las operaciones celebradas entre el suscrito y sus apoderados (si hubiere) y las entidades anteriormente mencionadas. Dichas grabaciones solamente pueden ser empleadas como medio de prueba de las obligaciones contraídas y los acuerdos celebrados entre las partes. Su utilización con fines distintos o la divulgación a terceras personas requiere autorización expresa de mi parte.
5. Que recolecten y entreguen la información tanto financiera como demográfica solicitada por autoridades extranjeras, directa o indirectamente o a través de autoridades, lo mismo que para efectuar las retenciones a que haya lugar y asumo las consecuencias y responsabilidades por lo que tengan que hacer las entidades anteriormente mencionadas, como consecuencia de los requerimientos u órdenes de tales autoridades. Todo lo anterior bajo el entendido que sean aplicables las disposiciones sobre la Ley de Cumplimiento Tributario de Cuentas Extranjeras -FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act) u otras órdenes similares por otros estados.

Entiendo y acepto que la correcta utilización por parte del HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS ESE, de la autorización que aquí se le confiere, no viola los derechos constitucionales o legales de quien suscribe el presente formulario.

IV. DECLARACIÓN

Declaro bajo mi responsabilidad que la información consignada en este formulario es veraz y podrá ser confirmada por el HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS ESE y me comprometo a entregar los documentos y soportes requeridos.

Firma

Nombre

Documento

Ledy Collazo
Ledy Collazo
1121119799



Huella índice derecho

V. ESPACIO EXCLUSIVO PARA LA ENTIDAD

Verificación de la Información

fecha

Nombre del Funcionario

Cargo:

Firma

Resultado de la verificación:

Diagonal 15 No 26-21 Barrio San José Celular: 3153347467 Correo Electrónico:

hospitaldeacacias@hospitaldeacacias.gov.co

Acacias - Meta



HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS E.S.E.

REGISTRO DE PROVEEDORES

Se ha Registrado Tu Respuesta

[Enviar otra respuesta](#)

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google. [Contactar con el propietario del formulario](#) - [Terminos del Servicio](#) - [Política de Privacidad](#)

¿Parece sospechoso este formulario? [Informar](#)

Google Formularios

Escritorio

Oportunidades Recientes
No se han encontrado

Últimas Ofertas
No se han encontrado

Sugerencias SECOP

0

0

0

0

0

0

Mantenimiento en SECOP II

Desde
Lunes 17 de marzo a las 12:00 m.

Hasta
Martes 17 de marzo a las 03:00 p. m.

Durante este tiempo la plataforma no estará disponible, pero la información y los datos se conservarán seguros en la nube pública.

El Servicio de proveedor ya se encuentra disponible
Haga clic aquí para activarlo. Después de la activación la disponibilidad del servicio podrá tardar hasta 10 minutos.

Ya está asociado a una empresa
Si es necesario, para solicitar acceso a otra empresa, puede ir a Configuraciones del Usuario > Mis registros.

Mensajes
Todos
Sin mensajes
Más información

Oportunidades de negocio
Recibidas
Sin oportunidades
Más información



ENFOMETA
HSEQ



Verifique la autenticidad
del documento escaneando
este QR

RESOLUCIÓN 2813 DE 2021 LICENCIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
APROBACION OFICIAL RESOLUCION N° 0245 DE SECRETARIA DE EDUCACION

ESPECIALIZACION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ENFOMETA HSEQ

LEIDY CRISTINA COLLAZOS CONTRERAS
IDENTIFICADO CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 1.122.119.797

REALIZO Y APROBO EL CURSO TEORICO PRACTICO SATISFACTORIMENTE:
CURSO DE SOPORTE VITAL BASICO (SVB)
Con una duración de cuarenta (40)

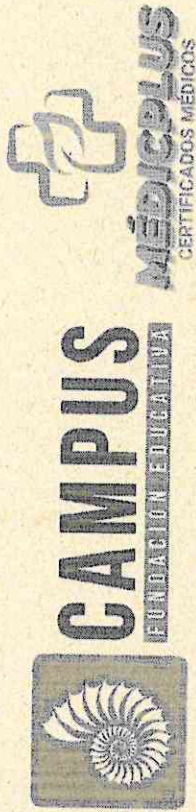
este certificado es personal e intransferible, el portador alcanzo los niveles de competencia teórico- práctico exigidas y será responsable por su buen uso, en testimonio de lo anterior se firma en acacias (meta) a los 28 días del mes de Agosto de dos mil veinticuatro (2024)

IVAN DARÍO PEÑA
GERENTE
FIRMA AUTORIZADA

LAURA NATALIA SALAZAR
FIRMA AUTORIZADA
INSTRUCTOR
PROFESIONAL EN SEGURIDAD
Y SALUD EN EL TRABAJO
RESOLUCION 2677 DE 2016 SG-SST
GESTIÓN DEL RIESGO INTEGRAL



CODIGO DE VERIFICACION 353



FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

LEIDY CRISTINA COLLAZOS CONTRERAS

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1122119797

Realizó y aprobó el Curso básico de:

**ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA Y
ABUSO SEXUAL CON ENFOQUE DIFERENCIAL (AVS)
(BÁSICO)**

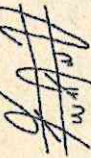
Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-04-06.
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 1113628529	PROFESIONAL EN SALUD 1069736330	GERENTE GENERAL 1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 2350 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN
3000 DE 2010 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD



FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

LEIDY CRISTINA COLLAZOS CONTRERAS

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1122119797

Realizó y aprobó 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 FUSAGASUGÁ EL 2026-04-06.
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



[Signature]

REPRESENTANTE LEGAL
1113628529

[Signature]

PROFESIONAL EN SALUD
1069736330

[Signature]

GERENTE GENERAL
1069712431

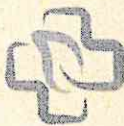
RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

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



CAMPUS

FUNDACIÓN EDUCATIVA



MÉDICUS PLUS
CERTIFICADOS MÉDICOS

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

LEIDY CRISTINA COLLAZOS CONTRERAS

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

Nº: 1122119797

Realizó y aprobó el Curso básico de:

**ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE CONFLICTO ARMADO
(CURSO BÁSICO)**

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

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-04-06.
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



[Signature]

REPRESENTANTE LEGAL
1113628529

[Signature]

PROFESIONAL EN SALUD
1069736330

[Signature]

GERENTE GENERAL
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



CAMPUS

FUNDACIÓN EDUCATIVA



MÉDICPLUS
CERTIFICADOS MÉDICOS

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

LEIDY CRISTINA COLLAZOS CONTRERAS

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1122119797

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 2026-04-06.
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.

[Firma]

REPRESENTANTE LEGAL
1113628529

[Firma]

PROFESIONAL EN SALUD
1069736330

[Firma]

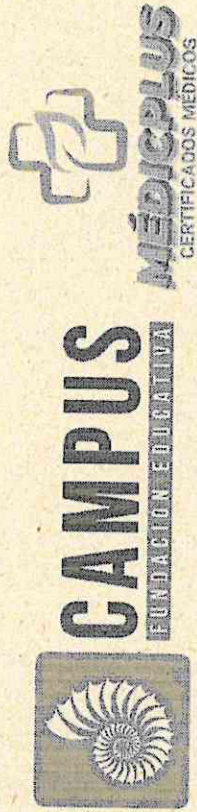
GERENTE GENERAL
1069712431

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



FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

LEIDY CRISTINA COLLAZOS CONTRERAS

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1122119797

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 2026-04-06.
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
113628529

PROFESIONAL EN SALUD
1069736330

GERENTE GENERAL
1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 2550 DE 1005 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / RESOLUCIÓN
3100 DE 2019 ESTANDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD



Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Leidy Collazos

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

Diagnóstico y manejo clínico del dengue

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 90,00 %

15 de septiembre de 2023

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director



FIU Robert Stempel College
of Public Health
& Social Work
FLORIDA INTERNATIONAL UNIVERSITY

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en <https://mooc.campusvirtualsp.org/mod/simplecertificate/verify.php?code=6504239f-77c4-407e-a966-4050ac1f1c2e>

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS

6203136418

PÓLIZA No: 620 -89 - 994000001346 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: **VILLAVICENCIO**

COD AGE: 620 RAMO: 89 PAP:

DIA MES AÑO
12 09 2025

VIGENCIA DE LA PÓLIZA

DIA MES AÑO HORAS
09 09 2025 23:59

VIGENCIA DESDE

A LAS

DIA MES AÑO HORAS
09 09 2026 23:59

VIGENCIA HASTA

A LAS

DÍAS

DIA MES AÑO
12 09 2025

FECHA DE IMPRESIÓN

TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL**

TIPO DE MOVIMIENTO: **EXPEDICION**

VIGENCIA DEL ANEXO
DIA MES AÑO HORAS
09 09 2025 23:59
VIGENCIA DESDE A LAS
DIA MES AÑO HORAS
09 09 2026 23:59
VIGENCIA HASTA A LAS

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **LUZ DARY CONTRERAS**

IDENTIFICACIÓN: CC **65.742.409**

DIRECCIÓN: **CR 26A 11 - 10 LAS ACACIAS**

CIUDAD: **ACACIAS, META**

TÉLEFONO: **3202362543**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **LUZ DARY CONTRERAS**

IDENTIFICACIÓN: CC **65.742.409**

DIRECCIÓN: **CR 26A 11 - 10 LAS ACACIAS**

CIUDAD: **ACACIAS, META**

TÉLEFONO: **3202362543**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **META**

CIUDAD: **ACACIAS**

DIRECCIÓN: **CARRERA 25A No. 11-10**

ACTIVIDAD: **AUXILIAR DE LA SALUD**

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL ACTO MEDICO		\$ 50,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA		50,000,000.00	
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO		50,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		50,000,000.00	0.00
SUSTITUCION PROVISIONAL		50,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		5,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMLV en RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS/SUSTITUCION PROVISIONAL

BENEFICIARIOS

NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

PROFESION ASEGURADA: **AUXILIAR EN ENFERMERIA**

OBJETO:

Otorgar cobertura de Responsabilidad Civil Profesional Médica Individual al profesional médico asegurado bajo la presente póliza, en consideración a las declaraciones manifestadas y contenidas en el formulario de solicitud de seguro, las cuales se incorporan al contrato de seguros para todos los efectos, y al pago de la prima correspondiente, hasta por los límites y sublímites asegurados estipulados para cada amparo, tal como se describen en las siguientes condiciones particulares.

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
\$ ****50,000,000.00	\$ *****50,000	\$ ****15,000.00	\$ *****12,350	\$ *****77,350

NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
INTERMEDIARIO			COASEGURO CEDIDO		
AGENCIA DE SEGUROS DIEGO ABELLA ASOC	10379	100.00			

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

PARA ACCEDER AL CLAUSULADO DE SU PÓLIZA DE SEGURO, POR FAVOR INGRESE AL SIGUIENTE LINK <https://aseguradorasolidaria.com.co/enlaces-de-interes/biblioteca-de-clausulados.aspx> Y BUSQUE EL NOMBRE DEL PRODUCTO TAL Y COMO FIGURA EN EL TÍTULO DE ESTE DOCUMENTO. TAMBIÉN PUEDE VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTA PÓLIZA DESDE NUESTRA PÁGINA WEB <https://www.aseguradorasolidaria.com.co>, EN EL MENÚ "SERVICIOS", OPCIÓN "CONSULTA PÓLIZA DE CUMPLIMIENTO Y OTROS".

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)00000000007000620313641

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá

FIRMA TOMADOR

EXT. JALMONACID 0

C8DA207B0E0CFA7A5E

CLIENTE

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: VILLAVICENCIO

COD. AGENCIA: 620

RAMO: 89

No POLIZA: 994000001346 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: LUZ DARY CONTRERAS

IDENTIFICACIÓN: CC 65.742.409

ASEGURADO: LUZ DARY CONTRERAS

IDENTIFICACIÓN: CC 65.742.409

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

CONDICIONES GENERALES:

Según Aseguradora Solidaria de Colombia forma 17/03/2021-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-36-D001 y 17/03/2021-1502-NT-P-06-P170321MGG8G8000

CL-SUSG-36-RC-MEDICA-PROFESIONAL-17032021.pdf (aseguradorasolidaria.com.co)

AMPARO BÁSICO:

Responsabilidad Civil Profesional Médica: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.

Uso de Equipos de Diagnóstico y/o Terapéutica: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.

Suministro de Medicamentos: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.

Sustitución Provisional: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.

Gastos de Defensa: sublímite del 10% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia.

AMPAROS ADICIONALES:

Entendidos como contratados, sujetos al respectivo pago de prima e inserción en la caratula y/o condiciones particulares de la póliza.

Costos para la constitución de Cauciones Judiciales: sublímite del 5% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia.

Costas del proceso según fallo judicial: sublímite del 10% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia.

Cobertura a Perjuicios Extra patrimoniales: sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia. Entendido como Perjuicios Extrapatrimoniales los ocasionados a un tercero, derivados directamente de una lesión personal o daño material amparados por la póliza. En Daños Morales se incluyen amparados los Perjuicios Fisiológicos y los Daños a la Vida en Relación.

ANEXOS DE COBERTURA, CONDICIONES Y DEMAS CLAUSULAS:

No se otorga restablecimiento automático de la suma asegurada.

Definición de Sublímite: incluido dentro del valor asegurado, esto quiere decir que en caso de pérdida total no constituye un valor adicional de indemnización

Cláusula de Revocación: treinta (30) días.

Aviso de Siniestro: treinta (30) días.

CLIENTE

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: VILLAVICENCIO

COD. AGENCIA: 620

RAMO: 89

No POLIZA: 994000001346 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: LUZ DARY CONTRERAS

IDENTIFICACIÓN: CC 65.742.409

ASEGURADO: LUZ DARY CONTRERAS

IDENTIFICACIÓN: CC 65.742.409

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

Cláusula de no renovación tácita o automática.

Declaraciones Reticentes o Inexactas: la empresa tomadora está obligada a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias relacionadas con éste producen los efectos previstos en el Código de Comercio.

TODAS LAS MODIFICACIONES, ALTERACIONES Y/O EXTENSIONES DEBERÁN SER ACORDADAS CON ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA.

TODOS LOS AMPAROS, LIMITES, SUBLIMITES Y ANEXOS HACEN PARTE DEL LÍMITE AGREGADO DE RESPONSABILIDAD Y NO SON EN ADICIÓN A ESTE.

DEDUCIBLES:

Gastos de Defensa, Caucciones Judiciales y Costas del Proceso: sin aplicación de deducible.

Demás Eventos: 10% del valor de la pérdida, mínimo 2 SMMLV.

EXCLUSIONES:

Sin perjuicio de las consagradas en el texto de las condiciones generales del seguro, se adicionan las siguientes:

Actos médicos realizados con aparatos, equipos o tratamientos o medicamentos no reconocidos por la ciencia médica, salvo aquellos de carácter científico-experimental durante ensayos clínicos cuyos protocolos hayan sido debidamente autorizados por organizaciones respectivas e informados por escrito al Asegurador previo a su inicio. Excepto también cuando la utilización de los cuales representa el último remedio para el paciente a raíz de su condición, cuya aplicación haya sido sancionada por las autoridades civiles y/o administrativas respectivas y cuya naturaleza y carácter de científico experimental haya sido consignada fiel y claramente en el consentimiento informado realizado con el paciente, y avalado con la firma de éste.

Daños Financieros Puros (Lucro cesante) que no sean consecuencia directa de un daño físico causado por el Asegurado a un paciente.

Reclamaciones por sanciones punitivas o ejemplares, es decir, cualquier multa o penalidad impuesta por un juez civil o penal, o sanciones de carácter administrativo.

Reclamaciones por cirugía bariátrica, salvo para pacientes diagnosticados clínicamente con obesidad mórbida o super-obesidad y con masa corporal superior a 35 kilogramos por metro cuadrado.

Reclamaciones por cualquier ofensa sexual, cualquiera que sea su causa y/u origen.

Reclamaciones por actos médicos realizados con anterioridad a la fecha de entrada en vigor de esta cobertura.

Reclamaciones por la falta o el incumplimiento, completo o parcial, del suministro de servicios tales como la electricidad, agua, gas, teléfono, etc., salvo en caso de fuerza mayor no imputable al Asegurado.

Reclamaciones por incumplimiento de algún convenio, sea verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de éxito que garantice el resultado de cualquier tipo de servicio médico.

Reclamaciones por reintegro de honorarios profesionales o sumas abonadas al Asegurado o a su representante.

Reclamaciones por toda Responsabilidad Civil Contractual y Extracontractual, tales como: RC Patronal, RC directores y Oficiales (D&O), RC de Profesionales no Médicos (E&O), RC Servidores Públicos, y RC Automotores.

Reclamaciones presentadas y/o demandas entabladas / formuladas y/o sentencias fuera del país de domicilio del Asegurado, incluyendo aquellas donde se conceda el estado de Exequatur en Colombia.

Cualquier Médico General o Cirujano que efectúe control de peso mediante liposucción, lipoescultura, derivación intestinal, o mediante receta de medicamentos que contengan barbitúricos, sus componentes y/o derivados.

CLIENTE

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: VILLAVICENCIO

COO. AGENCIA: 620

RAMO: 89

No PÓLIZA: 994000001346 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: LUZ DARY CONTRERAS

IDENTIFICACIÓN: CC 65.742.409

ASEGURADO: LUZ DARY CONTRERAS

IDENTIFICACIÓN: CC 65.742.409

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

Cualquier Médico General o Cirujano que efectúe liposucción, lipoescultura, derivación intestinal o gastro plastia transversal únicamente con fines estéticos o cosméticos.

Se modifica la exclusión 2.5 de la sección 2 del condicionado general para ser reemplazado por el siguiente texto:

2. EXCLUSIONES GENERALES APLICABLES A TODA PÓLIZA

2.5.

2.5.1. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE FERTILIDAD HUMANA QUE SUSTITUYAN EL PROCESO NATURAL DE LA REPRODUCCIÓN (FACILITAR EL EMBARAZO) POR CUALQUIERA DE LAS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA, YA SEA POR INSEMINACIÓN ARTIFICIAL O FECUNDACIÓN IN VITRO.

2.5.2. RESPONSABILIDAD CIVIL POR TRATAMIENTOS DESTINADOS A LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, SALVO CASO ESPECÍFICO DEL ABORTO (INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO) QUEDAN AMPARADOS LOS DAÑOS A CONSECUENCIA DE UNA INTERVENCIÓN QUE CORRESPONDA AL CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACIÓN LEGAL Y/O CONSTITUCIONAL.

EXCLUSIÓN - ENFERMEDAD TRANSMISIBLE, según texto.

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE PÉRDIDAS Y DATOS CIBERNÉTICOS, según texto.

EXCLUSIÓN - ENFERMEDAD TRANSMISIBLE

Esta Póliza no aplica a: Enfermedad Transmisible "Lesión Personal" o "Daño Material" surgido de una transmisión real o presunta de una enfermedad transmisible, incluyendo, pero sin limitarse al Nuevo Coronavirus en cualquier forma de cualquier origen.

Esta exclusión aplica aun si los reclamos contra cualquier asegurado alegan negligencia u otra conducta indebida en:

- La supervisión, contratación, empleo, entrenamiento o monitoreo de otros que puedan estar infectados y propagar una enfermedad transmisible;
- Las pruebas para una enfermedad transmisible;
- Falla en prevenir la propagación de la enfermedad; o
- Falla en el reporte de la enfermedad a las autoridades;
- La aplicación de cualquier ley u orden la cual el asegurado estaba legalmente obligado a cumplir antes o en cualquier momento de la propagación real de la Enfermedad Transmisible.

Esta Póliza excluye también cualquier responsabilidad, gasto de cualquier tipo, daños, demandas, reclamos o pérdidas,

(i) surgidos directa o indirectamente de cualquier temor o amenaza (ya sea real o percibida) del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo

(ii) directa o indirectamente causados por, resultantes de o en conexión con cualquier acción tomada para controlar, prevenir, suprimir o de alguna manera relacionada a cualquier brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo

CLIENTE

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: VILLAVICENCIO

COD. AGENCIA: 620

RAMO: 89

No POLIZA: 994000001346 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: LUZ DARY CONTRERAS

IDENTIFICACIÓN: CC 65.742.409

ASEGURADO: LUZ DARY CONTRERAS

IDENTIFICACIÓN: CC 65.742.409

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

(iii) causados directa o indirectamente por la imposición de cuarentena o restricción en el movimiento de gente o animales, por cualquier ente o agencia nacional o internacional en relación con un brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo.

(iv) causados directa o indirectamente por un aviso o advertencia de viaje emitida por un ente o agencia nacional o internacional de cualquier tipo en relación con un brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o una variación mutante del mismo y respecto a (ii) y (iv) cualquier temor o amenaza del mismo (ya sea real o percibida).

Para los propósitos de esta exclusión Enfermedad Transmisible significa: Una enfermedad que se propaga de una persona a otra ya sea por transmisión directa o indirecta de una bacteria o virus entre el portador y la persona infectada, o a través de un vector, tal como comida contaminada por el portador y consumido por la persona infectada.

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE PÉRDIDAS Y DATOS CIBERNÉTICOS

No obstante, cualquier disposición contraria en esta póliza o cualquier suplemento a la misma, se excluye cualquier:

Pérdida cibernética.

Pérdida, daño, responsabilidad, reclamación, coste, gasto de cualquier naturaleza causado directa o indirectamente por, contribuido por, resultante de, que surja o esté relacionado con cualquier pérdida de uso, reducción de la funcionalidad, reparación, reemplazo, restauración o reproducción de cualesquiera datos, incluyendo cualquier cantidad relacionada con el valor de dichos datos, independientemente de cualquier otra causa o evento que contribuya simultáneamente o en cualquier otra secuencia.

En el caso que cualquier parte de esta cláusula fuera considerada inválida o inaplicable, el resto permanecerá en pleno vigor y efecto.

Esta cláusula reemplaza y, si entra en conflicto con cualquier otra disposición de la póliza o cualquier suplemento que tenga relación con la pérdida cibernética o los datos, reemplaza esa disposición.

DEFINICIONES

PÉRDIDA CIBERNÉTICA:

Cualquier pérdida, daño, responsabilidad, reclamación, coste o gasto de cualquier naturaleza que directa o indirectamente sea causado o aportado por, resulte o surja de, o esté en conexión con un acto cibernético o un incidente cibernético incluyendo, pero sin limitarse a cualquier acción tomada con el fin de controlar, prevenir, suprimir o remediar cualquier acto cibernético o incidente cibernético.

ACTO CIBERNÉTICO:

Acto o serie de actos no autorizados, malintencionados o delictivos, sin consideración del tiempo y espacio, o la amenaza o engaño relacionados con el acceso, procesamiento, uso u operación de cualquier sistema informático.

INCIDENTE CIBERNÉTICO:

Todo error u omisión o serie de errores u omisiones relacionados con el acceso, procesamiento, uso u operación de cualquier sistema informático; o

Cualquier indisponibilidad o fallo parcial o total o serie de indisponibilidades o fallos parciales o totales para acceder, procesar, usar u operar cualquier sistema informático.

SISTEMA INFORMÁTICO:

Cualquier ordenador, hardware, software, sistema de comunicación, equipo electrónico (incluyendo pero sin limitarse a teléfonos inteligentes, laptops, tablets, dispositivos portátiles), servidor, nube o microcontrolador incluyendo cualquier sistema similar o configuración de lo antes mencionado e incluyendo asimismo toda entrada y salida, dispositivo de almacenamiento de datos, equipo de

redes o instalaciones de copias de respaldo, de ~~propiedad~~ operadas por el asegurado o cualquier otra parte.

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: VILLAVICENCIO

COD. AGENCIA: 620

RAMO: 89

Nº PÓLIZA: 994000001346 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: LUZ DARY CONTRERAS

IDENTIFICACIÓN: CC 65.742.409

ASEGURADO: LUZ DARY CONTRERAS

IDENTIFICACIÓN: CC 65.742.409

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

Información, hechos, conceptos, código o cualquier otra información de cualquier naturaleza registrada y transmitida en cualquier forma para ser usada, accedida, procesada, transmitida o almacenada por un sistema informático.

EXCLUSIONES PARA GASTOS DE DEFENSA:

Sujeto a los demás términos y condiciones de esta póliza, queda acordado y convenido que esta cobertura no se extiende para amparar reclamaciones de Gastos de Defensa, derivadas de:

Si la responsabilidad que se pretende demostrar proviene de dolo o está expresamente excluida de la póliza.

Si el asegurado afronta el proceso contra orden expresa del asegurador.

AMBITO TERRITORIAL:

Jurisdicción y Legislación Aplicable: colombiana.

Z

GARANTIAS:

Para los efectos y con el alcance del Artículo 1061 del Código de Comercio Colombiano, queda expresamente declarado y convenido que este seguro se realiza en virtud del compromiso que adquiere el asegurado, que durante su vigencia cumplirá con las garantías estipuladas en el numeral 4, literal 4.2 GARANTIAS del clausulado general de la póliza.

CLIENTE

Carné Digital de Vacunación

Colombia

Esquema de Vacunación



VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD



ID: e33d0a9-4a91-4a2b-a775-0d1b2f214ed

Nombres y apellidos / Full name

LEIDY CRISTINA COLLAZOS CONTRERAS

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

1 1 2 2 1 1 9 7 9 7

Fecha de nacimiento / Date of birth

21/07/1987

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

3114607845

Correo electrónico / e-mail

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación			Laboratorio	Número de Lote	IPS Vacunadora	Nombres y apellidos del vacunador
Vaccine	Doses	Date of vaccination			Laboratory	Vaccine Batch	Administering Center	Full name Vaccinator
		Día	Mes	Año				
		Day	Month	Year				
COVID SINOVAC	Primera	02	03	2021	Sinovac	A2021010044	HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS ESE	LAURA MARISOL CAICEDO PINILLA
COVID SINOVAC	Segunda	30	03	2021	Sinovac	E202102011	HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS ESE	LAURA MARISOL CAICEDO PINILLA
COVID JANSSEN	Primer Refuerzo	27	07	2023	Janssen	202G21A	HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS ESE	LAURA DANIELA PRIETO RODRIGUEZ
Fiebre Amarilla	Única	26	04	2024	Sanofi Pasteur	W3F431V	HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS ESE	OLGA LUCIA PARRADO HERNANDEZ
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	26	04	2024	Green Cross	V50524003	HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS ESE	OLGA LUCIA PARRADO HERNANDEZ
TD Adulto	Primera	26	04	2024	Serum	2333Q012B	HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS ESE	OLGA LUCIA PARRADO HERNANDEZ
Sarampión Rubéola	Adicional	26	02	2025	Serum	0094W001	HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS ESE	INGRID TATIANA ARIAS GIRALDO - CC1000352924 - ACTIVO
Hepatitis B Adultos Particular	Primera	24	09	2025		A69CF825A	CENTRO MEDICO DE ESPECIALISTAS SANTA BARBARA IPS ACACIAS	CAROLTH STEFANI GONZALEZ PAREDES - CC1122142695 - ACTIVO

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

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

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

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

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

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

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

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

Leidy Collazos

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	24-9-25	24GHR 3/8	
	2	24	002888	
	3			

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Otras				

Este carnet es valido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

CONSERVALO

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

POR MI Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



Santa
Bárbara

Centro de Especialistas
SANTA BARBARA, I.P.S.

Cra. 38 No. 36 - 30 Barzal Tel. 684 8597 Vicio
Cra. 14 N° 12 - 34 Tel. 657 4516 Adcelas

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN DEL ADULTO

Nombres:

LEIDY CRISTINA

Apellidos:

COLLAZO CONTRERA

Documento
de identidad:

C.C. ☒ T.I. ☐ Pasaporte ☐ No. 112219297

Fecha de
Nacimiento:

DÍA 21 MES 07 AÑO 1997

Este carné es válido en Colombia.
Podrá ser solicitado 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, los cuales podrá consultar en la página oficial de la Secretaría de Salud de su entidad territorial.



Certificado de vacunación del adulto

Nombre: **Ledy Contreras**
Apellidos: **Collozo Contreras**
Documento de identidad: **CC X CE PA CD SC PE PRI GE**
Número de documento: **1122 119797**
Fecha de nacimiento: Día **21** Mes **07** Año **1982**

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Número vacunador
Seroología - Rubéola - Única				
Vacuna Amvax-12	Única			
	1			
	2	6/14/26	2334LO103 Hma	Ingeniería
	3			
	4			
Tétanos Toxalco	5			
Toxoides acelular				
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Número vacunador
VPH	1			
	2			
Dosis de refuerzo en personas empujadas				
Influenza estacional	Anual			
	Anual			
Covid 19				
Otras				

MiVacuna

Covid-19

www.minsalud.gov.co



La salud
es de todos

Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombre:

Leidy cristina

Apellidos:

collazos contreras

Documento
de identidad:

C.C. T.I. Pasaporte PEP otro clal

No. 1122119797

Fecha de
nacimiento:

Día 21 Mes 07 Año 1987

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	02-03 2021	Covid 19 inactivated	A2021 0100 44	Hospital M. Acasias	Laura Caicedo	1122143666
	2	30-03 2021	Sinovac	E2021 01011	Hospital Acasias	Laura Caicedo	1122143666
			/			/	/

	HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS E.S.E NIT. 892.000.264 – 4		
	FORMATO COMUNICACIONES		
	Fecha: 30/07/2020	Código: HMA-FR-14	Versión: 02

ACTA DE EXPLICACION DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y SOCIALIZACION PLATAFORMA ESTRATEGICA AL PERSONAL VINCULANTE (CPS, FUNCIONARIOS) COMO PROCESO DE INDUCCION Y REINDUCCION CODIGO DE INTEGRALIDAD, PLANES DE TALENTO HUMANO, PROGRAMA DE HUMANIZACION – Fecha Ingreso 01/06/2023
 (Inducción) LEIDY CRISTINA COLLAZOS CONTRERAS (TECNOLOGA,) día 13/07/2023

FECHA: 12-08-2023

CEDULA: 1122119792

NOMBRE VINCULADO: Leidy Cristina Collazos Contreras

Declaro haber recibido la inducción y re inducción establecida para el ingreso como contrato de prestación de servicios como:
Act. Tecnología Informática, donde fueron explicadas de manera clara y precisa los siguientes temas:

INDUCCION GENERAL

☒	Misión, Visión y Objetivos	☒	Reseña Histórica Institucional
☒	Principios y valores Corporativos	☒	Código de Integralidad (ética y buen gobierno)
☒	Cultura organizacional en la entidad	☒	Política de calidad
☒	Buenas prácticas de gestión ambiental	☒	Manual sarlaf
☒	Reglamento Interno de Higiene y seguridad	☒	Plan eficiencia administrativa y cero papel
☒	Manual del talento humano	☒	Gestión documental
☒	Planes Talento Humano (estratégico, bienestar, recursos, vacantes, capacitación PIC)	☒	Programa de Humanización
☒	Ley de acosos laboral 1010/2006	☒	Órganos de administración y dirección
☒	Bienestar laboral	☒	Comités Institucionales existentes
		☒	Normas y Faltas Disciplinarias LEY 1952 28/01/2019.

INDUCCION DEL AREA DONDE DESARROLLA LA ACTIVIDAD

☒	Responsabilidades del Contrato	☒	Actividades del contrato
☒	Área de labor	☒	Presentación a Compañeros

Leidy Collazos
 Nombre y Firma del Contratado

[Firma]
 Nombre y Responsabilidad de la Institución

Su salud en buenas manos
 Diagonal 15 No 26-21 Barrio San José Telefax (R) 6560160
 Acacias – Meta