





**FORMATO REQUISITOS PARA CONTRATAR  
CON LA ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE  
PAÚL DE CALDAS PERSONA NATURAL**

**Código:** FR.GJ.GCO-03

**Versión:** 02

**Fecha:** 15/03/2024

**Página** 2 de 3

PERSONAS NATURALES				
No.	REQUISITOS	APORTO		
		SI	NO	N/A
14	Certificado de inhabilidades por delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales contra los niños, niñas y adolescentes. Link:	✓		
15	<b>Certificado afiliación al Sistema de Seguridad Social (Salud y Pensión): No superior a 15 días a la entrega de los documentos.</b>	✓		
16	Formatos de ARL remitidos por la entidad: Diligenciados y firmados. <b>¿Actualmente tiene otro contrato? En caso afirmativo, deberá indicar la misma ARL en la cual fue afiliado.</b>	✓	X	
17	Examen médico Ocupacional de ingreso, el cual tienen una vigencia de 3 años. <b>Aplica sólo para Contratos de prestación de Servicios</b>	✓		
18	Copia del Diploma y/o acta de grado de bachiller. (Si no lo posee debe solicitarlo en la Secretaría de Educación Departamental Piso 4 y/o en la Secretaría de Educación del Municipio donde se graduó	✓		
19	Copia del Diploma y acta de grado de técnico o tecnólogo	✓		
20	Copia del Diploma y acta de grado de profesional	✓		
21	Copia del Diploma y/o acta de grado de especialista, magister y doctorado		✓	
22	<b>Copia de la tarjeta profesional o autorización para el ejercicio de la profesión</b> (Profesionales en Medicina, Psicólogos, Trabajador Social, Administrador Publico, Abogado, Administración de empresas, Administración, Contador, Economía, Ingeniería, de sus profesiones afines auxiliares, Arquitectura y de sus profesiones auxiliares, Odontólogo, Enfermeros, Química Farmacéutica o Farmacia, Bacterióloga, Terapia Ocupacional): Verifiqué fecha, número, vigencia, entidad que entrega la tarjeta profesional y/o autorización para el ejercicio de la profesión y demás información que sea relevante para el ejercicio de la profesión que se acredite. <b>(Anexo encontrará la institución donde se tramita)</b>		✓	
23	<b>Certificado de Antecedentes Profesionales exigida para:</b> Profesionales en Medicina ( <b>Tribunal de Ética Médica</b> ); Psicólogos; Trabajador Social; Administrador Publico; Abogado; Administración de empresas, Administración de negocios y otras denominaciones aplicables; Contador; Economía; Ingeniería y de sus profesiones afines; Arquitectura y de sus profesiones auxiliares; Odontólogo; Enfermeros; Bacterióloga; Químico farmacéutico.		✓	
24	<b>Registro en el RETHUS del personal del área de la salud. Auxiliar:</b> Administrativo en salud; de Enfermería; Salud Pública; Servicio Farmacéutico. <b>Técnico Profesional:</b> Atención Pre hospitalaria. Tecnología: En Atención pre hospitalaria; Regencia de Farmacia. <b>Universitario:</b> Bacteriología, Enfermería; Fisioterapia; Fonoaudiología; Gerontología; Medicina; Nutrición y Dietética; Odontología; Optometría; Psicología; Terapia Ocupacional; Química Farmacéutica. <b>Ver ABC RETHUS en internet.</b>	✓		



E.S.E  
Hospital  
San Vicente de Paúl  
Caldas - Antioquia

**FORMATO REQUISITOS PARA CONTRATAR  
CON LA ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE  
PAÚL DE CALDAS PERSONA NATURAL**

Código: FR.GJ.GCO-03

Versión: 02

Fecha: 15/03/2024

Página 3 de 3

**PERSONAS NATURALES**

No.	REQUISITOS	APORTO		
		SI	NO	N/A
	<p><b>NOTA 1:</b> Si es egresado antes de entrar en vigencia el Rethus 2015 y no se encuentra en el registro, deberá tramitar inscripción en RETHUS, aportar la Resolución de la Secretaría de Salud para ejercer la profesión y certificación o evidencia que está adelantando el trámite.</p> <p><b>NOTA 2.</b> EN CASO DE QUE SEA "PROFESIONAL ESPECIALIZADO", DEBERÁ ESTAR INSCRITA LA RESPECTIVA ESPECIALIZACIÓN EN EL RETHUS.</p>	/	/	
25	<b>Certificado de otros estudios y/o certificados</b> de cursos y actualizaciones, especialmente los exigidos como conocimientos básicos para el objeto contractual.	/		
26	Certificados de experiencia relacionada con el objeto del contrato a ejecutar expedida por la entidad donde laboró contenga: dirección, teléfono, funciones desempeñadas y tiempo de servicio los cuales deben estar relacionados en la hoja de vida. <i>En caso de que tenga contratos anteriores con la E.S.E, podrá solicitar el certificado en el correo</i>	/		
27	Vacunas <b>Hepatitis B, Tétano, Difteria</b> , esquema completo de DPT, anticuerpos para varicela, <b>Carnet de vacunación PAI, Carnet de vacunación COVID -19.</b> Aplica Para el personal del área asistencial y contratista para labores en atención a pacientes, cafeterías, restaurantes, servicios generales y contratistas del área administrativa que laboren en los servicios de hospitalización de la E.S.E.	/		→ vacunas
28	<b>Formulario Único de Conocimiento SARLAFT Proveedores. (adjunto)</b>	/		→ Hella
29	Certificación Bancaria	/		
30	<b>Publicación de la declaración de bienes y rentas, el registro de conflictos de interés y la copia digital de la declaración del impuesto sobre la renta:</b> Aplica para todos los contratistas. Podrá verificar el paso a paso en la página:	/	/	OK
<b>REQUISITOS DE FORMACIÓN PARA EL PERSONAL QUE DESARROLLE SUS ACTIVIDADES EN LOS SERVICIOS:</b> Urgencias, Consulta Externa, Hospitalización, TECAR, Toma de Muestras, Extramurales.				
31	Soporte Vital Avanzado. ( <b>Médico General, Especialista y Enfermero</b> )		/	
32	Soporte Vital Básico ( <b>Auxiliares Área de la Salud</b> )	/		
33	Certificado curso en atención integral en salud de las personas víctimas de violencia sexual	/		



Libertad y Orden

# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <b>MATURANA</b>	SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA ) <b>PALACIOS</b>	NOMBRES <b>LAURA YULIETH</b>
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C <input checked="" type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No. <b>1.003.932.132</b>	SEXO F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>	NACIONALIDAD COL. <input type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/>
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="checkbox"/> SEGUNDA CLASE <input type="checkbox"/>		NÚMERO _____ D.M _____
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <b>30</b> MES <b>03</b> AÑO <b>1999</b> PAÍS <b>COLOMBIA</b> DEPTO <b>CHOCÓ</b> MUNICIPIO <b>QUIBDÓ</b>	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <b>CL 43 36 19 BRR SALVADOR</b> PAÍS <b>COLOMBIA</b> DEPTO <b>ANTIOQUIA</b> MUNICIPIO <b>MEDELLIN</b> TELÉFONO <b>3147547090</b> EMAIL <b>Lauramaturana525@hotmail.com</b>	

## 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: <b>BACHILLER ACADEMICO</b>	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X 1	MES <b>12</b> AÑ <b>2018</b>

### 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	
T.C	3	X		TECNICA LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERIA	09	2024	

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

# 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.				
<b>EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE</b>				
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN		
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>				
EMPRESA O ENTIDAD <b>IPS EFICAZ MEDIC SAS</b>		PÚBLICA	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAÍS <b>COLOMBIA</b>
DEPARTAMENTO <b>CHOCO</b>	MUNICIPIO <b>LORO</b>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <b>ipseficazmedic@gmail.com</b>		
TELÉFONOS <b>3135076699</b>	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO <b>Auxiliar de enfermería</b>	DEPENDENCIA <b>Asistencial</b>	DIRECCIÓN <b>calle principal</b>		
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>				
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN		
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>				
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN		

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
		5
		5

**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 INCOM- PATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTA- CIÓN 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).

*Laura Yineth Maturana.*

**LAURA YINETH MATURANA PALACIOS**

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.

*07 / 04 / 2026 Medellín*  
Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

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

ENTIDAD RECEPTORA

Período Declarado:

**1. DECLARACIÓN JURAMENTADA**

**1.1. DE BIENES Y RENTAS**

YO, LAURA YULIETH MATURANA PALACIOS  
 IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. No. 1003932132 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:  
 PAIS: COLOMBIA DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA MUNICIPIO: MEDELLIN  
 DIRECCIÓN: CL 43 36 19 BRR SALVADOR TELÉFONO: 3147547090

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	\$15.000.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$0
TOTAL	\$15.000.000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad **SI** **NO** tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:  
 NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN N°  
 C.C. C.E. T.I.

**2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA**

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 DE PARTICIPACIÓN**

**3. FIRMA**

*Laura Julieth Maturana P.*  
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

*MEDELLIN 07/04/2026.*  
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

**DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA  
LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000-917770**

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.003.932.132

MATURANA PALACIOS

APELLIDOS

LAURA YULIETH

NOMBRES

Laura Maturana

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-MAR-1999

QUIBDO

(CHOCO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

ESTATURA

A+

G.S. RH

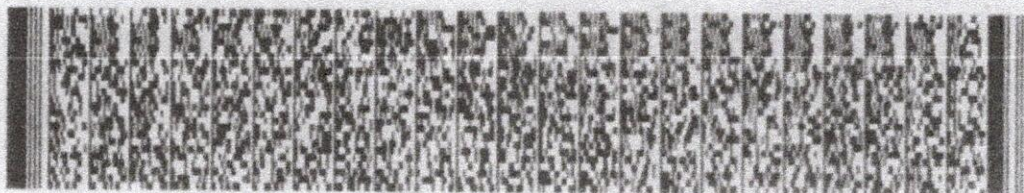
F

SEXO

07-JUN-2017 QUIBDO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL  
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA



A-1700100-01030224-F-1003932132-20180808

0062214296A 1

51103674

2. Concepto  Actualización

4. Número de formulario

14845087988



(415)7707212489984(8020) 000001484508798 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

1 0 0 3 9 3 2 1 3 2

5

Impuestos y Aduanas de Quibdó

1 8

## 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 0 0 3 9 3 2 1 3 2

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Chocó

2 7

30. Ciudad/Municipio

Quibdó

0 0 1

31. Primer apellido

MATURANA

32. Segundo apellido

PALACIOS

33. Primer nombre

LAURA

34. Otros nombres

YULIETH

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

## UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Antioquia

0 5

40. Ciudad/Municipio

Medellin

0 0 1

41. Dirección principal

CL 43 36 19 BRR SALVADOR

42. Correo electrónico

lauramaturana525@gmail.com

43. Código postal

2 7 0 0 0 1

44. Teléfono 1

3 1 4 7 5 4 7 0 9 0

45. Teléfono 2

## CLASIFICACIÓN

## Actividad económica

## Ocupación

## Actividad principal

## Actividad secundaria

## Otras actividades

52. Número establecimientos

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

50. Código

1

2

51. Código

8 6 9 9

2 0 2 4 0 9 0 6

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR



Bogotá DC, 06 de abril 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) LAURA YULIETH MATURANA PALACIOS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1003932132:

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 Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

ATENCIÓN :

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



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 06 de abril de 2026, a las 11:24:26, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1003932132
Código de Verificación	1003932132260406112426

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



POLICÍA NACIONAL  
DE COLOMBIA

## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:25:04 AM horas del 06/04/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1003932132**

Apellidos y Nombres: **MATURANA PALACIOS LAURA YULIETH**

### **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.araic-  
atc@policia.gov.co](mailto:dijin.araic-atc@policia.gov.co)



## 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, 06/04/2026 11:25:53 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1003932132** y Nombre: **LAURA YULIETH MATURANA PALACIOS.**

## 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. **137651044** . 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

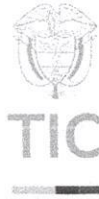
Imprimir

515 9000



Policía Nacional de Colombia  
Ejecución General - Cta. 55-40 25 - 21  
Centro Administrativo Nacional CAN - Bogotá D.C.  
Línea de atención 015000-910112

COLOMBIA  
ENCUENTRO A LA  
VIDA



**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 1003932132 **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 06/04/2026 02:41 PM




Código Verificación: **ZSVF1EUP7G**

Válida hasta: **05/07/2026**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

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

 <p>E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl Caldas - Antioquia</p>	<b>FORMATO AUTORIZACIÓN PARA CONSULTAR EN LÍNEA EL REGISTRO DE INHABILIDADES POR DELITOS CONTRA LA LIBERTAD, INTEGRIDAD Y FORMACIÓN SEXUALES, CONTRA LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES</b>	<b>Código:</b> FR.GJ.GCO-07
		<b>Versión:</b> 01
		<b>Fecha:</b> 1/11/2022
		<b>Página</b> 1 de 1

En caso de que se estime que sus futuras actividades **puedan implicar un trato directo y habitual con Niños, Niñas y Adolescentes**, en cumplimiento de la Ley 1918 de 2018, reglamentado por el Decreto 753 de 2019, la E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE CALDAS – ANTIOQUIA”, debe realizar la verificación de Inhabilidades de quienes han sido Condenados por Delitos **CONTRA LA LIBERTAD, INTEGRIDAD Y FORMACIÓN SEXUALES CONTRA LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES**, Expedido por la Policía Nacional.

Por lo anterior solicitamos diligenciar el siguiente formato:

**YO LAURA YULIETH MATURANA PALACIOS**, identificado(a) con documento No. **1003932132** declaro bajo la gravedad de juramento que autorizo a la E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE CALDAS - ANTIOQUIA consultar EN LÍNEA EL REGISTRO DE INHABILIDADES POR DELITOS CONTRA LA LIBERTAD, INTEGRIDAD Y FORMACIÓN SEXUALES CONTRA LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES, así mismo, de conformidad con el artículo 3 del Decreto 753 de 2019, autorizó la actualización de dicha consulta cada cuatro meses posteriores al inicio de la relación contractual.

*Laura Maturana*

FIRMA:

C.C N° 1003932132

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:29:20 horas del 06/04/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1003932132**, Apellidos y Nombres **MATURANA PALACIOS LAURA YULIETH**

### NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE CALDAS - AN**, con NIT **890907215-1** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la [Ley 1918 del 12/07/2018](#) "por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones" y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 "por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018", con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL



Redes de comunicación social de la Dirección de Investigación Criminal

ENLACES DE INTERÉS

- » Portal web DJIN
- » Consulta Antecedentes Judiciales
- » Protección de Datos

SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES



Consulta de Inhabilidades | 1003932132 | 06/04/2026 | 11:29

© 2016 Policía Nacional de Colombia. Todos los derechos reservados. | Política de Privacidad



**COMFACHOCO EPS**  
**DIRECCION DE ASEGURAMIENTO**  
**CERTIFICA:**

*Que el (la) señor(a):* LAURA YULIETH MATURANA PALACIOS  
*Identificación :* CC 1003932132  
*Clase de Afiliado:* CABEZA DE FAMILIA  
*Municipio:* QUIBDO  
*Nivel del Sisben:* 1  
*IPS Asignada* ESE HOSPITAL LOCAL ISMAEL ROLDAN VALENCIA  
*IPS Farmacia*  
*IPS PYP*  
*IPS Odontología*  
*IPS Vacunación*  
*Fecha de Retiro:*  
*Estado:* ACTIVO  
*Fecha de Afiliación:* 16/12/2025  
*Regimen:* SUBSIDIADO

**BENEFICIARIOS**

<i>Tipo Documento</i>	<i>Número Documento</i>	<i>Nombre del Beneficiario</i>
CC	1003932132	LAURA YULIETH MATURANA PALACIOS

*Observaciones:*

**Dada el lunes, 06 de abril de 2026.**

*Cordialmente*

USUARIO WEB SERVICE CERTIFICACION

**ASISTENTE OUTSOURCING**

**Certificación válida únicamente para Servicios de Salud**



## LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

### CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LAURA YULIETH MATURANA PALACIOS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1003932132**, se encuentra afiliado/a desde **12/09/2025** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 06 de abril de 2026.

**Rosa Mercedes Nino Amaya**  
Dirección de Afiliaciones

**Nota:** Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.



**CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL**

FECHA DEL EXAMEN			CIUDAD DEL EXAMEN	TIPO DE EXÁMEN OCUPACIONAL		ENFASIS EN:
DIA	MES	AÑO	Quibdó	EXAMEN OCUPACIONAL INGRESO		OSTEOMUSCULAR
18	Marzo	2026				
EMPRESA DONDE LABORA, LABORARA			NIT	EPS	ARL	Nº ATENCIÓN
PARTICULAR			NO APLICA.	COMFACHOCO	SIN ESPECIFICAR	248.860
<b>DATOS DEL TRABAJADOR/ASPIRANTE</b>						
Apellidos y Nombres:			Doc Identificación:	Edad:	Genero:	
LAURA YULIETH MATURANA PALACIOS			CC 1003932132	27 Años	Mujer	
			Teléfono:	Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA		
			3147547090			
CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL: <b>SIN RESTRICCIONES</b>						
El concepto de aptitud se definio a partir de los siguientes exámenes practicados:						
NO APLICA						
<b>RECOMENDACIONES</b>						
<b>RECOMENDACIONES METABÓLICAS</b>						
(*) Bajar de peso						
(*) Fortalecimiento muscular						
(*) Actividad Fisica Regular						
(*) Paciente con indice de masas corporal > 30, por lo cual se recomienda acudir a su eps para valoración y manejo por nutrición						
<b>RECOMENDACIONES OCUPACIONALES</b>						
(*) Uso de elementos de protección personal						
(*) Capacitar en la prevención de los riesgos propios del oficio a realizar						
(*) Realizar Pausas Activas cada dos horas, durante 5 minutos en la jornada laboral						

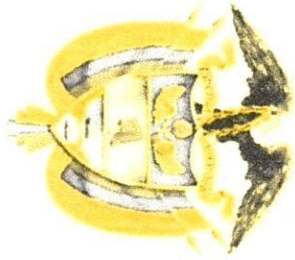
Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10) Igualmente autorizo expresamente, para que informe al médico de Salud ocupacional sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita copia de la evaluación médica ocupacional, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE.

  
**FABRICIO MURILLO CASTAÑO**  
 Médico  
 Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo  
 R.M. 227-02004 - Lic. 30227-011

Firma y Sello

  
**Laura Maturana**

Paciente



En nombre de la  
La República de Colombia  
El Ministerio de Educación Nacional

Y por autorización de la Secretaría de Educación del Municipio de Quibdó  
La Institución Educativa Santo Domingo de Guzmán  
Reconocida mediante Resolución N° 0951 del 14 de noviembre de 2017.  
Codigo DANE N° 127001001256, NIT. N° 900174689 - 5



Confiere a:

**LAURA YULIETH MATURANA PALACIO**

D.L. No. 1003932132

El Título de:

**BACHILLER ACADÉMICO**

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media,  
según los planes y programas vigentes, Ley 115 de 1994 y Artículo 11 del Decreto N° 1860 de 1994

Amelio Porro Antalcas  
C.C. N° 11.997.037  
Revisor

Rosa María Mena Koa  
C.C. N° 31.690.536  
Secretaria

Expedido en Quibdó, el día 07 de diciembre de 2018  
Anotado en el Libro de Registros de Diplomas N° 04 Folio 05



INSTITUCION EDUCATIVA SANTO DOMINGO DE GUZMAN  
Decreto de institucionalización 0179 de Abril del 2005  
Resolución de Reconocimiento N° 0951 del 14 de noviembre del 2017  
Registro DANE N° 127001001256  
NIT900174689-5

## ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

Diciembre 07 de 2018

En la ciudad de Quibdó, departamento del Chocó; el día 07 (siete) del mes de diciembre de 2018; se reunieron en la rectoría de la Institución Educativa Santo Domingo de Guzmán: el señor rector **EMIRO BORJA PALACIOS** y la señora **ROSA MARIA MENA ROA**; con el propósito de formalizar la graduación de los alumnos del Grado 11° (once) correspondiente al año académico 2018.

En atención a que **LAURA YULIETH MATURANA PALACIOS** identificada con la cédula de ciudadanía N° 1003932132 de Quibdó, cursó y aprobó los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica; cumpliendo con los requisitos establecidos en el Proyecto Educativo Institucional, se le expide el título de **BACHILLER ACADEMICO** registrado para efectos legales de conformidad con los decretos N° 180 de enero 29 de 1981 y 921 de mayo 6 de 1994, en el libro 04 folio 05 del año 2018

Para constancia se firma en Quibdó, a los 07 días del mes de diciembre de 2018

**EMIRO BORJA PALACIOS**  
C.C. N° 11.797.957 de Quibdó.  
Rector

**ROSA MARIA MENA ROA**  
C.C. N° 35.600.356 de Quibdó.  
secretaria

BARRIO: SANTODOMINGO DE GUZMAN. cra 11A 31-73

EMAIL:

iestodomingoguzman@gmail.com

TEL: 6713407



La República De Colombia  
El Ministerio de Educación Nacional  
La Secretaría de Educación de Quibdó  
y en su Nombre

# El Centro Técnico de Quibdó – C.T.Q.

Institución de Educación Para el Trabajo y desarrollo humano

Aprobada mediante acuerdo No. 00197 de la Comisión Intersectorial para el Trabajo humano en salud y en cooperación oficialmente por la Secretaría de Educación de Quibdó mediante resolución No. 0663 de 2018.

CONFIERE EL TÍTULO DE

**TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR  
DE ENFERMERÍA**

**A**

**LAURA YULIETH MATURANA PALACIOS**

D.E. 1.003.932.132 de Quibdó

Por haber cursado y aprobado las competencias laborales obligatorias del plan de estudio de programa según el decreto 3616 del 2005, acuerdo 65 y 67 de 2006 y 072 de 2007 decreto 4904 de 2009, con una intensidad horaria de 1800 horas.

YADIRA CASAS MORENO  
DIRECTORA

*Narlin Maria Palacios C*  
NARLIN MARIA PALACIOS CUESTA  
SECRETARIA

Expedido en Quibdó a los 06 Días del Mes de septiembre de 2024



La República De Colombia  
El Ministerio de Educación Nacional  
La Secretaría de Educación de Quibdó

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACIÓN N° 19  
CENTRO TÉCNICO DE QUIBDÓ – C.T.Q

Aprobado mediante acuerdo No 00405 de la comisión intersectorial para el talento humano en salud y reconocida oficialmente por la Secretaría de Educación de Quibdó mediante resolución No. 0663 de 2018, para otorgar el Título de Técnico Laboral en Auxiliar de Enfermería y expedir el diploma correspondiente en atención a que

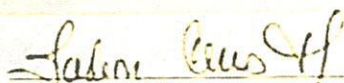
**LAURA YULIETH MATURANA PALACIOS**

D.I. 1.003.932.132 de Quibdó

Cursó y aprobó las competencias laborales obligatorias del plan de estudio del programa según el decreto 3616 del 2005, acuerdo 65 y 67 de 2006 y 072 de 2007, decreto 4904 de 2009, con una intensidad horaria de 1800 horas, se le expide el título de:

**TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA**

Registrado para efectos legales de conformidad con los decretos nacionales número 180 de enero 29 de 1981 y 921 de mayo 6 de 1994 en acta general de graduación N° 29 folio N° 41

  
YADIRA CASAS MORENO  
DIRECTORA

  
KARLIN MARIA PALACIOS CUESTA  
SECRETARIA

Expedido en Quibdó a los 06 Días del Mes de septiembre de 2024

CC	1003932132	LAURA	YULETH	MATURANA	PALACIOS	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) LAURA YULETH MATURANA PALACIOS identificado(a) con CC 1003932132 registra la siguiente información:

2026-04-06--11:31:30 AM

Información Académica

AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA	2024-10-03	27383	DTS SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD CHOCO

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).

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	4003302092	LEUSA	MILETH	MARTINEZ	SAUCIOS	VIGENTE	Ver

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha Inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA	2024-10-03	27383	DTS SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD CHOCCO

Este documento es una copia de la información registrada en el sistema de información de la Entidad Reportadora. No se garantiza la exactitud de la información contenida en este documento. La Entidad Reportadora no es responsable de los errores o omisiones que puedan presentarse en este documento. La información contenida en este documento es de carácter interno y no debe ser divulgada al público en general. Toda información adicional puede obtenerse en el sistema de información de la Entidad Reportadora.



Hace Constar Que

**Laura Yulieth Maturana Palacios**

C.C. 1.003.932.132

Aprobó los estudios correspondientes al

**CURSO**

**FORMACION EN ATENCION INTEGRAL A LAS ENFERMEDADES  
PREVALENTES EN LA INFANCIA**

Con una intensidad de cien (100) Horas

Se expide en la ciudad de Valledupar a los veinticuatro (24) días del mes de febrero del año 2026

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal Del Ministerio de Educación Nacional  
Resolución 3100 de 2.019 - Ministerio de Salud y Protección

**LUIS CARLOS PRADA PRADA**

Director

Corporación Internacional Líderes ONG

**BEATRIZ EUGENIA RAMOS SUAZA**

Especialista en Auditoría Clínica

La validez del diploma la puedes solicitar al 3005905210 o al correo



Hace Constar Que

**Laura Yulieth Maturana Palacios**

C.C. 1.003.932.132

Aprobó los estudios correspondientes al

**CURSO**

**FORMACION EN HUMANIZACION Y CALIDAD EN LA ATENCION  
EN SERVICIO DE SALUD**

Con una intensidad de cien (100) Horas

Se expide en la ciudad de Valledupar a los veinticuatro (24) días del mes de febrero del año 2026

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8 Educación Informal Del Ministerio de Educación Nacional  
Resolución 3100 de 2.019 - Ministerio de Salud y Protección

**LUIS CARLOS PRADA PRADA**

Director  
Corporación Internacional Líderes ONG

**BEATRIZ EUGENIA RAMOS SUAZA**

Especialista en Auditoría Clínica

La validez del diploma la puedes solicitar al 3005905210 o al correo



Hace Constar Que

**Laura Yulieth Maturana Palacios**

C.C. 1.003.932.132

Aprobó los estudios correspondientes al  
**CURSO**

**FORMACION EN SEGURIDAD DEL PACIENTE**

Con una intensidad de cien (100) Horas

Se expide en la ciudad de Valledupar a los veintidós (25) días del mes de febrero del año 2026

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal Del Ministerio de Educación Nacional  
Resolución 3100 de 2.019 - Ministerio de Salud y Protección

**LUIS CARLOS PRADA PRADA**

Director  
Corporación Internacional Líderes ONG

**BEATRIZ EUGENIA RAMOS SUAZA**

Especialista en Auditoría Clínica

La validez del diploma la puedes solicitar al 3005905210 o al correo



Nit. 901574468-4

Quibdó, 10/FEBRERO/2026.

Oficio No. 005

IPS EFICAZMEDIC S.A.S.  
NIT: 901574468-4

**CERTIFICA:**

Que, de conformidad con los documentos que reposan en el archivo de la entidad, se constató que la señora **LAURA YULITH MATURANA PALACIOS**, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.003.932.132, suscribió con **IPS EFICAZMEDIC S.A.S.** un **Contrato de Prestación de Servicios**, para desempeñar el cargo de **AUXILIAR COMUNIDAD (LLANO)**, con las siguientes condiciones:

- Fecha de inicio: 10 de julio 2025
- Fecha de terminación inicial: 10 de octubre de 2025
- Prórroga: hasta el 31 de diciembre 2025

La presente certificación se expide únicamente con fines informativos, con base en los registros administrativos existentes, sin que implique reconocimiento de relación laboral, subordinación, continuidad contractual, ni obligación distinta a la expresamente pactada en el contrato celebrado, ni constituye aceptación de responsabilidad alguna por parte de **IPS EFICAZMEDIC S.A.S**

La presente certificación se expide a solicitud de la interesada, para los fines que estime pertinentes.

Atentamente,

JUDITH IDALIA CORDOBA PINILLA  
C.C. No. 54.255.207 de Quibdó  
Representante Legal IPS EFICAZMEDIC S.A.S.

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxide Tetánico - Diférico (Td)	1	23-03-08	COPIA	
	2	5/04-08	COPIA	
	3	7-07-08	COPIA	
	4	11-01-05	COPIA	
	5	25-10-22	1230785N	MONIK
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1	27-03-24	03430060	Yuleth
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual			
	1	25-10-22		
Otras				

# Carné Digital de Vacunación

# Colombia

## Esquema de Vacunación



### VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA



QR DE AUTENTICIDAD

ID: 14652248-d798-4e22-8595-2ae0720ad19

Nombres y apellidos / Full name

**LAURA YULIETH MATURANA PALACIOS**

Tipo de identificación / ID Type

**CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Número de identificación / ID Number

**1 0 0 3 9 3 2 1 3 2**

Fecha de nacimiento / Date of birth

**30/03/1999**

País nacimiento / Country of birth

**COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number

**3147547090**

Correo electrónico / e-mail

**XXXXXX@Gmail.com**

### Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación			Laboratorio	Número de Lote	IPS Vacunadora	Nombres y apellidos del vacunador
		Day	Month	Year				
TdaP Acelular Gestante	Anual	06	06	2019		AC37B285AC	QUIBDO ESE HOSP ISMAEL ROLDAN VALENCIA SAN VICENTE	JUANA ROSA MURILLO MARTINEZ
TD Adulto	Primera	06	06	2019		221502016B	QUIBDO ESE HOSP ISMAEL ROLDAN VALENCIA SAN VICENTE	JUANA ROSA MURILLO MARTINEZ
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	06	06	2019		T3A931V	QUIBDO ESE HOSP ISMAEL ROLDAN VALENCIA SAN VICENTE	JUANA ROSA MURILLO MARTINEZ
COVID ASTRAZENECA	Primera	16	02	2022	Oxford-AstraZeneca	NM0219	QUIBDO ESE HOSP ISMAEL ROLDAN VALENCIA SAN VICENTE	JUANA ROSA MURILLO MARTINEZ
VARICELA	Primera	10	08	2022		589DF159	QUIBDO ESE HOSP ISMAEL ROLDAN VALENCIA SAN VICENTE	BRIYITH STELLA CORDOBA DIAZ
COVID MODERNA	Segunda	22	09	2022	Moderna Biotech	066B22-2A	QUIBDO ESE HOSP ISMAEL ROLDAN VALENCIA SAN VICENTE	BRIYITH STELLA CORDOBA DIAZ
TD Adulto	Segunda	19	07	2023	Serum	2331L027C	QUIBDO ESE HOSP ISMAEL ROLDAN VALENCIA SAN VICENTE	CARMEN PALACIOS PALACIOS
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	19	07	2023	BUTANTAN	230049	QUIBDO ESE HOSP ISMAEL ROLDAN VALENCIA SAN VICENTE	CARMEN PALACIOS PALACIOS
Hepatitis B Adultos	Primera	20	04	2024	LG CHEM	UVX21004	QUIBDO ESE HOSP ISMAEL ROLDAN VALENCIA SAN VICENTE	ZIOMARA CORDOBA PALACIOS

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.

Fecha de diligenciamiento d/m/a	06/04/2026	Ciudad:	QUIBDO	Tipo de solicitud	Actualización		
					Vinculación		
Resumen del objeto contractual							
<b>1. CLASE DE VINCULACION (marque con una X)</b>							
Persona Natural	<input checked="" type="checkbox"/>	Persona jurídica	<input type="checkbox"/>	Empleado	<input type="checkbox"/>		
Agremiación o Asociación	<input type="checkbox"/>	Universidad	<input type="checkbox"/>	Entidad Financiera	<input type="checkbox"/>		
Otro	<input type="checkbox"/>	Explique:					
<b>2. INFORMACIÓN BÁSICA</b>							
<b>Persona Jurídica (si es persona natural diligencia el siguiente bloque)</b>							
Razón Social				NIT			
Dirección Principal				Dirección Electrónica			
Sitio Web (si no tiene consigne No aplica)				Teléfono			
Sector			CIU(código)	Tipo de actividad			
<b>Persona Natural y Representante Legal de la persona jurídica</b>							
Primer Apellido	MATURANA	Segundo Apellido	PALACIOS	Nombres	LAURA YULIETH		
Tipo de documento	CC <input checked="" type="checkbox"/>		CE <input type="checkbox"/>	NUIP	PASAPORTE		
Número documento	1003932132	Fecha de expedición	07/06/2017	Lugar de expedición	QUIBDO-CHOCO		
Fecha de nacimiento	30/03/1999	Lugar de nacimiento	QUIBDO-CHOCO	Nacionalidad	COLOMBIANA		
Correo electrónico	Dirección		B/VILLA AVELINA - CABI	Departamento	CHOCO		
Ciudad	Teléfono		Celular 3147547090		8699		
Sector	QUIBDO	CIU(código)	Tipo de actividad	Actividad principal			
Ocupación	AUXILIAR DE ENFERMERIA	Cargo	Empresa donde trabaja				
Dirección oficina	Ciudad		Departamento				
Que tipo de producto o servicio comercializa							
<b>Personas expuestas políticamente PEP Decreto 380 de 2021</b>							
Si existe algún vínculo entre usted y una persona expuesta políticamente (PEP) Decreto 830 de 2021 por favor responda teniendo en cuenta que en el ítem vínculo/relación colocará:							
1. Personas con las que tengan sociedad conyugal, de hecho, o de derecho							
2. Familiares en primero y segundo grado de consanguinidad (padres, hijos, abuelos, hermanos, nietos)							
2. Familiares en primero de afinidad (yernos, nueras, suegros, padrastros)							
3. Primero civil (hijos adoptivos o padres adoptantes)							
Vínculo/relación	Nombre	Tipo identificación	Número de identificación	Nacionalidad	Entidad	Cargo	Fecha desvinculación
¿Por su cargo o actividad administra recursos públicos?				SI		NO	X
¿Ostenta algún grado de poder público y/o goza de reconocimiento público?				SI		NO	X
¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países?				SI		NO	X
En caso de respuestas afirmativas, especifique							
<b>DECLARACION VOLUNTARIA ORIGEN DE FONDOS (persona natural y/o representante legal)</b>							
Yo LINA MARCELA MOSQUERA ARBOLEDA con Documento de Identificación :1077456080 Declaro expresamente QUE:							
de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de fuente de fondos, con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado en la Circular 009 de 2016 y 2021170000005-5 de 2021, expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud de Colombia, o cualquier otra que adicione, modifique o reemplace.							
Declaro que mis fondos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione							

3. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES (Persona natural y representante legal)						
¿Realiza transacciones en moneda extranjera?				SI	NO	X
¿Cuáles de las siguientes?	Exportaciones		Giros		Importaciones	Inversiones
	Pago de servicios		Prestamos		Transferencias	Otros - cual:
¿Posee productos financieros en el exterior cuentas en moneda extranjera?				SI	NO	
Indique	Tipo de producto					
	Entidad					
	Ciudad					
	País					
Moneda						
4. FIRMA						
COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO						
Firma del Representante Legal y/o persona natural (MANUSCRITA, NO IMAGEN)	Laura Naturana		Número de Cedula	1003932132	Huella asentada en tinta NO IMAGEN (índice derecho)	
La ESE Hospital San Vicente de Paúl de Caldas le informa que los datos personales recopilados en este documento, se utilizan únicamente para las finalidades aquí descritas y las establecidas en su Manual de Políticas de Tratamiento y Protección de Datos Personales. Todo en concordancia con ordenado por la ley 1581 de 2012						
Espacio para validar la información por parte de la ESE Hospital San Vicente de Paúl de Caldas Antioquia						
¿La información contenida en este formato fue objeto de consulta en las listas restrictivas de LA/FT?				SI	NO	
Responsable de la verificación						
Nombres Apellidos						
Fecha: (dd/mm/año)						

**INSTRUCCIONES:**

1. El formato debe ser diligenciado en su totalidad, los espacios en blanco invalidan su autenticidad.
2. No debe tener enmendaduras, ni corrector, esto lo invalida. Puede diligenciarse en computador, teniendo en cuenta que firma, cedula al final deben ser manuscritos y la huella asentada en tinta. NO SE ACEPTAN IMAGENES DIGITALES DE FIRMA Y HUELLA.
3. Debe verificarse la consistencia de los datos por quien firma el formato, de forma que no se presenten incongruencias entre los datos consignados que lo invaliden.

Fecha diligenciamiento: fecha de diligenciamiento del formato por el representante legal.

Tipo de Vinculación: marcar con una X, si es actualización de la información o es una vinculación, por ser primera vez, aplica para Persona Natural y Jurídica.

Resumen del objeto contractual: describir de forma concreta el objeto del contrato al cual está asociado el formato de conocimiento del cliente SARLAFT.

**1. CLASE DE VINCULACION**

Seleccione entre las opciones cual es la forma de vinculación con la ESE, si no aplica ninguna utilice el campo otros y aclare dicha forma.

**2. INFORMACIÓN BÁSICA**

**PERSONA JURÍDICA:**

Razón social: Nombre de la persona jurídica como aparece en la certificación de Cámara de Comercio o documento que lo acredite.

Nit: Tal como aparece en la certificación de Cámara de Comercio o documento que lo acredite.

Dirección principal: Nomenclatura del domicilio físico de la empresa que presenta la propuesta.

Dirección electrónica: Correo electrónico de la empresa, habilitado y consultado frecuentemente. Puede ser el mismo consignado en la propuesta.

Sitio web: Descripción del sitio web de la empresa. Si no se tiene se describe no aplica.

Número de teléfono de la empresa: número de contacto telefónico en la dirección física de la empresa que presenta la propuesta.

Sector: describa el sector productivo en el que se desempeña

CIU(código): consigne el Código de la actividad económica

Tipo de actividad: describa la actividad económica

**PERSONA NATURAL:** (aplica también al representante legal de la persona jurídica)

Nombres y apellidos completos, tipo y número de identificación, fecha, lugar de expedición del documento de identidad y lugar y fecha de nacimiento: deben consignarse tal como aparecen en el documento de identidad.

Correo electrónico, dirección, teléfono, departamento, ciudad, teléfono y celular del representante legal: Deben consignarse los datos de la persona que figura como representante legal en el proceso contractual y que debe ser quién diligencie el formato.

Sector: describa el sector productivo en el que se desempeña

CIU(código): consigne el Código de la actividad económica

Tipo de actividad: describa la actividad económica

Ocupación, cargo y empresa donde trabaja: información de la actividad económica de la persona natural o del representante legal y si tiene actividades diferentes a la de la empresa que participa en el proceso contractual con la ESE, debe consignarlas también.

Personas expuestas políticamente PEP Decreto 380 de 2021: Describir acorde con la relación anexa del Decreto 380 de 2021, si existe vinculo con alguna persona expuesta políticamente.

Se consigna SI o NO en el recuadro

¿Por su cargo o actividad administra recursos públicos?

¿Ostenta algún grado de poder público y/o goza de reconocimiento público?

¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países?

En caso de respuesta afirmativa, especifique: Amplíe la información positiva de alguna de las tres preguntas anteriores

**DECLARACIÓN VOLUNTARIA DEL ORIGEN DE LOS FONDOS:**

Deben consignarse los datos del representante legal, los cuales deben coincidir con los datos consignados en la identificación previa del mismo.

En caso afirmativo diligenciar las casillas de descripción del producto de forma completa. Si falta algún dato se invalida la autenticidad del formato.

**3. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES (Persona natural y representante legal):**

Marque sí o no, si posee productos financieros en el exterior o cuentas en moneda extranjera y describa en los campos siguiente el tipo de producto o cuenta.

**4. FIRMA**

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL, N° CÉDULA Y HUELLA: estos campos son indispensables para la validez del formato. La Firma debe ser manuscrita, y corresponder con la del documento de identidad. La huella debe ser la del índice derecho o en su defecto la de la cédula y asentada en tinta, original y nítida. Si estos elementos no están nítidos o son una imagen, se invalida la autenticidad del formato.

# Certificación Bancaria

Lunes, 06 de abril de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que LAURA YULIETH MATURANA PALACIOS identificado( a) con CC 1003932132, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
CUENTA DE AHORROS PLAN CERO	91287338657	2025-07-08	ACTIVO	*****

**\*Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

\*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe,  
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

 **Bancolombia**

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, reportelo de inmediato a [compraspectiva@bancolombia.com.co](mailto:compraspectiva@bancolombia.com.co).

Tipo de declaración  Fecha de publicación

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
LAURA	YULIETH	MATURANA	PALACIOS

Documento de identificación  
Tipo  Número

Lugar de nacimiento  
País  Departamento  Municipio

Lugar de domicilio  
País  Departamento  Municipio

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

Lugar de sede  
País  Departamento  Municipio

Dirección

Cargo o función que cumple

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

### 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

#### 1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

### 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.

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:



Hace Constar Que

**Laura Yulieth Maturana Palacios**

C.C. 1.003.932.132

Aprobó los estudios correspondientes al

**CURSO**

**SOPORTE VITAL BASICO (BLS)**

Con una intensidad de cien (100) Horas

Se expide en la ciudad de Valledupar a los veinticinco (25) días del mes de febrero del año 2026

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6, 6, 8 Educación Informal Del Ministerio de Educación Nacional

Resolución 3100 de 2.019 - Ministerio de Salud y Protección

**LUIS CARLOS PRADA PRADA**

Director  
Corporación Internacional Líderes ONG

**BEATRIZ EUGENIA RAMOS SUAZA**

Especialista en Auditoría Clínica

La validez del diploma la puedes solicitar al 3005905210 o al correo



Hace Constar Que

**Laura Yulieth Maturana Palacios**

C.C. 1.003.932.132

Aprobó los estudios correspondientes al

**CURSO**

**FORMACION EN ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA  
SEXUAL**

Con una intensidad de cien (100) Horas

Se expide en la ciudad de Valledupar a los veinticinco (25) días del mes de febrero del año 2026

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8 Educación Informal Del Ministerio de Educación Nacional

Resolución 3100 de 2.019 - Ministerio de Salud y Protección

**LUIS CARLOS PRADA PRADA**

Director

Corporación Internacional Líderes ONG

**BEATRIZ EUGENIA RAMOS SUAZA**

Especialista en Auditoría Clínica

La validez del diploma la puedes solicitar al 3005905210 o al correo



LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES  
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa  
E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL  
Identificada con NT No. 890907215

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 1563667159601, a partir del 01 de Septiembre del año 2025.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	1003932132	LAURA YULIETH MATURANA PALACIOS	Contratista	3	2.436%	09/04/2026	08/08/2026	IND CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS MAYOR A 1MES	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 08 de Abril del año 2026.

Firma Representante Legal