FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
BERMEO	**PARRA**	**JUAN SEBASTIAN**

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. **1.081.156.875**

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) *PAÍS*: **COLOMBIA**

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO 1081156875

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 12 MES 06 AÑO 1992

PAÍS **COLOMBIA**

DEPTO **HUILA**

MUNICIPIO **NEIVA**

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Calle 32 #16-59

PAÍS **COLOMBIA** DEPTO **HUILA**

MUNICIPIO **NEIVA**

TELÉFONO 3105617233 EMAIL Sebaspunk06@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											*TÍTULO OBTENIDO:* ***BACHILLER ACADEMICO***
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 11 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), DPL (DIPLOMADO)

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
UN	**12**	**X**		MEDICO GENERAL	06	2016	1.081.156.875
ES	2	**X**		GESTION Y SEGURIDAD EN SALUD DEL TRABJO	10	2020	RES 99 DE 2021

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
INGLES	**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	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
IPS CENTRO DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL ALTURAS Y ANCLAJES		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
HUILA	NEIVA	TALENTOHUMANO@SGI.COM.CO

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3212537817	DÍA 15 MES 03 AÑO 2021	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
MEDICO LABORAL		CLL 14 # 3-88

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ESE SANTA TERESA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
HUILA	TESALIA	esehospitaltesalia@yahoo.es

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA 01 MES 09 AÑO 2018	DÍA 15 MES 01 AÑO 2019

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
MEDICO GENERAL	URGENCIAS	CALLE 4 # 4- 38

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ESE SAN FRANCISCO DE ASIS	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
HUILA	PALERMO	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
8783610	DÍA 01 MES 09 AÑO 2016	DÍA 23 MES 08 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ESE NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
HUILA	SANTA MARIA	ipsantamariahuila@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3012850007	DÍA 15 MES 12 AÑO 2019	DÍA 31 MES 10 AÑO 2020

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIREC*
MEDICO GENERAL	URGENCIAS	

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO	**4**	
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	**1**	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	**5**	

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ( ) NO (X) 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 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).

Neiva . 10 de noviembre de 2023

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


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.081.156.875
BERMEO PARRA
APELLIDOS
JUAN SEBASTIAN
NOMBRES
FIRMA
REPUBLICA DE COLOMBIA


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO
12-JUN-1992
NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.75
ESTATURA
AB+
G.S. RH
M
SEXO
15-JUN-2010 RIVERA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
P-1906400-00252332-M-1081156875-20100825
0023583235A 1
33595870

La Universidad Surcolombiana

Acta de Grado No. 673

La Universidad Surcolombiana, creada por la Ley 13 de enero 30 de 1976 y reconocimiento institucional por Resolución No. 9062 del 26 de Octubre de 1976 del Ministerio de Educación Nacional, en atención a que el estudiante de Pregrado:

JUAN SEBASTIÁN BERMEO PARRA

C.C. No. 1.081.156.875 de Rivera (Huila)

Cumplió satisfactoriamente todos los requisitos exigidos por los Acuerdos Reglamentarios de la Universidad, otorga el título de:

MÉDICO

En nombre y representación de la Universidad y de la República de Colombia, el Secretario General tomó el juramento de rigor.

En testimonio de lo anterior se firma la presente Acta en la ciudad de Neiva, a los 17 días del mes de junio de 2016.

Rector

Vicerrector Académico

Decano de la Facultad

Secretario General

La Universidad Surcolombiana

Creada por la Ley 13 de 1976 y reconocida mediante Resolución No. 9062 del 26 de octubre de 1976 expedida por el Ministerio de Educación Nacional M.E.N.

Considerando que

Juan Sebastián Bermeo Parra

Con Cédula de Ciudadanía No. 1.081.156.875 de Rivera (Huila)

Cumplió satisfactoriamente con los requisitos exigidos por los Acuerdos y Reglamentos de la Universidad, le confiere el título de:

Médico

En la ciudad de Neiva - Huila, a los 17 días del mes de junio de 2016.

Rector

Secretario General

Decano de la Facultad

Acta de Grado No. 673 Registrado en el folio 948 del Libro de Diplomas No. 3

UTADEO

UNIVERSIDAD DE BOGOTÁ JORGE TADEO LOZANO

Acta de Grado

La Suscrita Secretaria General de la Fundación Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano, certifica la parte pertinente del Acta de Grado número SETECIENTOS CINCUENTA Y SEIS (0756) correspondiente al día OCHO (08) de OCTUBRE de DOS MIL VEINTE (2020).

Registrada en el Libro de Actas de Posgrado número DIEZ (10), folio número CIENTO VEINTIOCHO (128).

Libro de Registro VEINTISEIS (26), folio número DOSCIENTOS NOVENTA Y SEIS (296). Registro número DOSCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS SETENTA Y CUATRO (234674).

"En la ciudad de Neiva, del día OCHO (08) de OCTUBRE de DOS MIL VEINTE (2020), de conformidad con el convenio suscrito entre la Universidad Jorge Tadeo Lozano y la Universidad Surcolombiana se otorgó el título de:

ESPECIALISTA EN GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

A

JUAN SEBASTIÁN BERMEO PARRA

Identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1081156875, quien terminó satisfactoriamente sus estudios y cumplió con todos los requisitos exigidos por la institución.

Se firma la presente Acta, por los que en ella intervinieron:

RECTOR UJTL CARLOS SÁNCHEZ GAITÁN
RECTOR U. SURCOLOMBIANA EDWIN ALIRIO TRUJILLO CERQUERA
SECRETARIA GENERAL UJTL LINA MARÍA CEPEDA MELO
SECRETARIA GENERAL U. SURCOLOMBIANA SHIRLEY MILENA BOHÓRQUEZ CARRILLO
DECANO DE FACULTAD UJTL JORGE AURELIO HERRERA CUARTAS
VICERRECTOR ACADÉMICO U. SURCOLOMBIANA JULIO ROBERTO JAIMES SALAS"

Se expide en BOGOTÁ D.C., el día OCHO (08) de OCTUBRE de DOS MIL VEINTE (2020).

Lina María Cepeda M

LINA MARÍA CEPEDA MELO
Secretaria General

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

UTADEO

La Universidad de Bogotá
Jorge Tadeo Lozano

Personería Jurídica No. 28 de 1958, Ministerio de Justicia

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

En Convenio con la

Universidad Surcolombiana

Resolución No. 9280 de 1995, Ministerio de Educación

Con las debidas autorizaciones legales y en consideración a que

Juan Sebastian Berneo Parra

C. C. 1.081.156.875 de Rivera

Terminó satisfactoriamente los estudios y cumplió las pruebas reglamentarias,
le confiere el título de

Especialista en Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

En constancia se firma en Bogotá Distrito Capital, a los 8 días del mes de octubre del año 2020

Rector
Universidad de Bogotá
Jorge Tadeo Lozano

Rector
Universidad Surcolombiana

Lina María Cepeda M
Secretario General
Universidad de Bogotá
Jorge Tadeo Lozano

Secretario General
Universidad Surcolombiana

Decano
Universidad de Bogotá
Jorge Tadeo Lozano

Vicerrectoría Académico
Universidad Surcolombiana

Libro de Registro de Grados No. 170 , Folio 0382 , Registro No. 0384674
Libro de Actas de Grado No. 10 , Folio 108 , Acta de Grado No. 1156

716

RESOLUCIÓN 99 DE 2021
Por medio de la cual se otorga la Licencia para Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo

LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

En uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en la Ley 1562 de 2012 y Resolución 4502 de 2012

CONSIDERANDO

Que de conformidad con lo dispuesto en el artículo 23 de la ley 1562 de 2012, se hace necesario proceder a la expedición y renovación de las Licencias de Seguridad y Salud en el Trabajo a los profesionales universitarios con postgrado en salud ocupacional, a los profesionales universitarios en salud ocupacional, tecnólogos en salud ocupacional y técnicos en salud ocupacional, facultad que está radicada en las Entidades Departamentales y Distritales de Salud.

Que **JUAN SEBASTAN BERMEO PARRA,** identificado con la cédula de ciudadanía No. **1.081.156.875**. Expedida en Rivera - Huila ha solicitado la Licencia para la Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo, anexando a su petición la documentación exigida en la Resolución 4502 del 28 de Diciembre de 2012.

Que con base en la documentación allegada, previo estudio técnico No 01 del 01-12-2021, efectuados, por profesionales responsables del área de Riesgos Laborales de ésta Secretaria de Salud, se emitió concepto favorable otorgamiento de la Licencia.

Que en consideración a lo anterior, este Despacho.

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO: se le otorga la Licencia para Prestación de servicios de **SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** a **JUAN SEBASTAN BERMEO PARRA,** identificada con la cédula de ciudadanía No. **1.081.156.875**. Expedida en Rivera-Huila, **MEDICO** en las áreas de, **MEDICINA OCUPACIONALY EDUCACION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, INVESTIGACIÓN EN ÁREA TÉCNICA, INVESTIGACIÓN DEL ACCIDENTE DE TRABAJO, EDUCACIÓN, CAPACITACIÓN, DISEÑO, ADMINISTRACIÓN Y EJECUCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.**

RESOLUCIÓN 99 DE 2021
Por medio de la cual se otorga la Licencia para Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo

ARTICULO SEGUNDO: La Licencia de que trata el artículo anterior se concede por un término de diez años, contados a partir de la ejecutoria de la presente resolución y podrá ser renovada por un término igual, siempre y cuando cumplan con los requisitos estipulados en la normatividad vigente al momento de la renovación.

PARÁGRAFO: Esta Licencia es válida en todo el territorio nacional y tendrá carácter personal e intransferible.

ARTICULO TERCERO: Vigilancia y Control. La Secretaría de Salud Departamental del Huila, vigilará y controlará el cumplimiento de las disposiciones contenidas en la presente resolución e impondrá las sanciones que acarreen su incumplimiento de conformidad con las normas legales que rigen esta materia, sin detrimento de las demás sanciones que pueden derivarse de la transgresión a las normas legales vigentes

ARTICULO CUARTO: Notifíquese el presente Acto Administrativo conforme lo establece el Artículo 67 y de la Ley 1437 de 2011, haciéndole saber que contra la presente resolución proceden los recursos de Reposición y Apelación en los términos de la Ley 1437 del 2011.

NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE.

Expedida en Neiva (H) el día Enero 13 de 2021

CESAR ALBERTO POLANIA SILVA
Secretario de Salud del Huila

Proyectó: Andrea del Pilar Alvarez Perdomo

ReTHUS

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

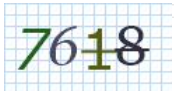
Tipo de Identificación * Cedula de Ciudadania

Número de Identificación * 1081156875

Primer Nombre JUAN

Primer Apellido BERMEO

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

5838

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2025-08-12→12:14:30 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1081156875	JUAN	SEBASTIAN	BERMEO	PARRA	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) JUAN SEBASTIAN BERMEO PARRA identificado(a) con CC 1081156875 registra La siguiente información:

2025-08-12→12:14:30 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	MEDICINA	2017-11-27	28361	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Presto SSO	Local	COLOMBIA|HUILA|PALERMO	2016-09-01	2017-08-23	Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada	Medicina	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO
Exonerado del SSO	Local	COLOMBIA|HUILA|NEIVA	1900-01-01	1900-01-01	Sin Modalidad	Medicina	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
MARTINEZ	ZUÑIGA	CRISTIAN CAMILO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1075267143

SEXO: F ( ) M ( )

NACIONALIDAD: COL. ( ) EXTRANJERO ( ) *PAÍS* ____

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO ____ D.M ____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 08 MES 12 AÑO 1992

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: ____

MUNICIPIO: ____

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: CR 5 AW 33 27

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: HUILA

MUNICIPIO: NEIVA

TELÉFONO: 3227717788 EMAIL: ____

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	11	MES 11 AÑO

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA), **ES** (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No.SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
Profesional	Diez	x		OPTOMETRA	07	2023	

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

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
PREVENZA IPS SAS		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
HUILA	NEIVA	prevenzaadmon2@gmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO (DÍA MES AÑO)	FECHA DE RETIRO (DÍA MES AÑO)
8719334	01 08 2023	

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Optometra		Calle 10 # 3 - 27

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ANTEOJOS CONFORT		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
HUILA	NEIVA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO (DÍA MES AÑO)	FECHA DE RETIRO (DÍA MES AÑO)
3229231156	02 01 2017	

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
OPTOMETRA		CR 5 CL 12

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO (DÍA MES AÑO)	FECHA DE RETIRO (DÍA MES AÑO)

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO (DÍA MES AÑO)	FECHA DE RETIRO (DÍA MES AÑO)

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 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO x◯ 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.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.075.267.143**

MARTINEZ ZUÑIGA

APELLIDOS

CRISTIAN CAMILO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-DIC-1992**

NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.78 ESTATURA

A+ G.S. RH

M SEXO

10-DIC-2010 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1900100-00579032-M-1075267143-20140529 0038851662A 4 6672892751

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
Y EN SU NOMBRE, LA

UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO

CON PERSONERÍA JURÍDICA 4571 DE 1977

UAN
UNIVERSIDAD
ANTONIO NARIÑO

VIGILADA MINEDUCACIÓN

CONFIERE EL TÍTULO DE

OPTÓMETRA

A

Cristian Camilo Martínez Zúñiga

C.C. No. 1.075.267.143 de Neiva

QUIEN CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE TODOS LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS.
EN TESTIMONIO DE ELLO SE OTORGA EL PRESENTE

D I P L O M A

EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C., A LOS 25 DÍAS DEL MES VII DE 2023

RECTOR

VICE RECTOR ACADÉMICO

DECANO DE LA FACULTAD

SECRETARIO GENERAL

REGISTRADO AL FOLIO 231-1 DEL LIBRO DE DIPLOMAS 33

BOGOTÁ, D.C. 26 DE VII DE 2023

No. 62270

ELABORÓ

La República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre

LA CORPORACIÓN UNIVERSITARIA DEL HUILA

Personería Jurídica No. 21000 de 1989

CORHUILA
CORPORACIÓN UNIVERSITARIA DEL HUILA

Confiere el Título Profesional de

Ingeniero Industrial

A

CRISTIAN CAMILO MARTINEZ ZUÑIGA

C.C. No. 1.075.267.143 Expedida en Neiva

Quien terminó satisfactoriamente sus estudios y cumplió con los requisitos académicos exigidos, en testimonio le otorga el presente

Diploma

En la ciudad de Neiva a 30 de septiembre de 2016

Rector

Decano

Secretario General

Vicerrector Académico

Secretario General

Anotación
Registrado al Folio 0240 del Libro de Registro de Títulos No. 02
Acta de Grado No. 05277 Neiva 30 de septiembre de 2016.

No. 05247

CORHUILA

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA DEL HUILA

LA CORPORACIÓN UNIVERSITARIA DEL HUILA - CORHUILA

Personería Jurídica
Resolución N° 21000 del 22 de diciembre de 1989
MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

Dirección de Educación Continuada

Confiere Diploma a:

CRISTIAN CAMILO MARTINEZ ZUÑIGA

C.C. 1075267143 de NEIVA

DIPLOMADO EN GERENCIA DE MARKETING Y SERVICIOS

Duración: 120 horas

Neiva, Julio 08 de 2016

FABIO LOSADA PÉREZ
Rector de CORHUILA

LEYDA YOHANA GARCÍA MUÑOZ
Directora de Educación Continuada y Egresados

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

1075267143

Primer Nombre

CRISTIAN

Primer Apellido

MARTINEZ

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

6828

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2026-01-22→12:29:01 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificació
CC	1075267143	CRISTIAN	CAMILO	MARTINEZ	ZUÑIGA	Vigente

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) CRISTIAN CAMILO MARTINEZ ZUÑIGA identificado(a) con CC 1075267143 registra La siguiente información:

2026-01-22→12:29:01 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	OPTOMETRIA	2023-09-17	1966	Colegio Federación Colombiana de Optómetras

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

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
CUELLAR	CRUZ	GISSEL STEFANY

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1.075.243.544

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) *PAÍS*: _____

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 16 MES 04 AÑO 1990

PAÍS COLOMBIA

DEPTO HUILA

MUNICIPIO NEIVA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Carrera 24 No 9-22

PAÍS COLOMBIA DEPTO HUILA

MUNICIPIO NEIVA

TELÉFONO 3167618369 EMAIL gisselcuellar16@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:* BACHILLER ACEDEMICO
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES 11 AÑO 2006
										X	

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	*No.SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*				*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
TC	TRES	X		TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA	12	2	0	0	8	

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.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD: PREVENZA IPS SAS	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: COLOMBIA
DEPARTAMENTO: HUILA	*MUNICIPIO*: NEIVA	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: prevenzaadmon2@gmail.com	
TELÉFONOS: 8719334	*FECHA DE INGRESO*: DÍA 02 MES 01 AÑO 2012	*FECHA DE RETIRO*: DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL: AUXILIAR DE ENFERMERÍA	*DEPENDENCIA*: LABORATORIO	*DIRECCIÓN*: CALLE 10 3 27	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*: DÍA MES AÑO	*FECHA DE RETIRO*: DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*: DÍA MES AÑO	*FECHA DE RETIRO*: DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*: DÍA MES AÑO	*FECHA DE RETIRO*: DÍA MES AÑO	
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*
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	10	11
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

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).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Neiva, 10 de noviembre de 2023

Gissel Stefany Cuellar Cruz

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.075.243.544**

CUELLAR CRUZ

APELLIDOS

GISSEL STEFANY

NOMBRES

Gissel Stefany Cuellar

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-ABR-1990**

NEIVA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.59	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

23-ABR-2008 NEIVA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1900100-00093222-F-1075243544-20081011 **00042**27982A 1 28268291

Escuela de Salud

"San Pedro Claver"

ACTA DE GRADO No. 2182

La Escuela de Salud San Pedro Claver, Institución con Autorización Oficial otorgada por el Ministerio de Salud mediante Acuerdos Ejecutivos Nos. 14, 28, 49 y 57, y Resolución No. 01369 otorgada por la Secretaría de Educación del Huila; en atención a que el estudiante:

GISSEL STEFANY CUELLAR CRUZ

C.C. No. 1.075.243.544 de Neiva

Culminó satisfactoriamente sus estudios y cumplió todos los demás requisitos legales y reglamentarios, le confiere el Certificado de Aptitud Ocupacional de:

TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA

Testimonio de lo anterior, se firma la presente Acta a los 20 días del mes Diciembre de 2008.

Firmado y sellado por:

Rector

ESCUELA DE SALUD SECRETARIA SAN PEDRO CLAVER

Secretaria

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *: Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *: 1075243544

Primer Nombre: gissel

Primer Apellido: cuellar

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

9903

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2025-08-12→12:14:30 PM -2025-08-12→12:17:24 PM -2025-08-12→12:25:54 PM -2025-08-12→12:27:55 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1075243544	GISSEL	STEFANY	CUELLAR	CRUZ	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) GISSEL STEFANY CUELLAR CRUZ identificado(a) con CC 1075243544 registra La siguiente información:

2025-08-12→12:27:55 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	AUXILIAR DE ENFERMERIA	2009-02-06	215	GOBERNACION DEL HUILA - SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
AUX	Local	TÉCNICO SALUD PUBLICA	2012-11-02	1730	GOBERNACION DEL HUILA - SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

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).

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
GUEVARA	PERDOMO	NYDIA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 55171211

SEXO F (X) M ( )

NACIONALIDAD COL. ( ) EXTRANJERO ( ) *PAÍS* COLOMBIA

LIBRETA MILITAR ( ) ( )

PRIMERA CLASE SEGUNDA CLASE NÚMERO D.M

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO 16 04 1974

FECHA DÍA MES AÑO

PAÍS COLOMBIA

DEPTO HUILA

MUNICIPIO NEIVA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 22 8B 24

PAÍS NEIVA DEPTO HUILA

MUNICIPIO 3157517536

TELÉFONO EMAIL

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 — *PRIMARIA* — *SECUNDARIA* — *MEDIA*

1o. 2o. 3o. 4o. 5o. 6o. 7o. 8o. 9o. 10 x 11

TÍTULO OBTENIDO:1 1993

FECHA DE GRADO MES 11 AÑO

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	*No.SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
Tecnico	Tres	x		TECNICO AUXILIAR EN ENFERMERIA	07	2008	

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

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
PREVENZA IPS SAS		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
HUILA	NEIVA	prevenzaadmon2@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
8719334	DÍA 07 MES 02 AÑO 2014	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Auxiliar de Enfermería		Calle 10 # 3 - 27

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

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

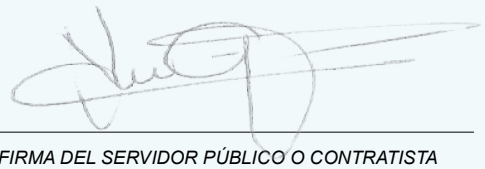
INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO x◯ 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.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
55171211
NUMERO

GUEVARA PERDOMO
APELLIDOS

NYDIA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-ABR-1974
NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

10-FEB-1993 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

A-1500121-42097262-F-0055171211-20020311 02209 02065A 01 112794916

Escuela de Salud
"San Pedro Claver"
EDUCACIÓN NO FORMAL

ACTA DE GRADO No. 2050

La Escuela de Salud San Pedro Claver, Institución con Autorización Oficial otorgada por el Ministerio de Salud mediante Acuerdos Ejecutivos Nos. 14, 28, 49 y 57, y Resolución No. 01369 otorgada por la Secretaría de Educación del Huila; en atención a que el estudiante:

NYDIA GUEVARA PERDOMO

C.C. No. 55.171.211 de Neiva

Culminó satisfactoriamente sus estudios y cumplió todos los demás requisitos legales y reglamentarios, le confiere el Certificado de Aptitud Ocupacional de:

TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA

Testimonio de lo anterior, se firma la presente Acta a los 12 días del mes Julio de 2008

Firmado y sellado por:

Rector

ESCUELA DE SALUD SECRETARIA SAN PEDRO CLAVER

Secretaria

La República de Colombia
La secretaria de Salud
La Secretaría de Educación Departamental del Huila
y en su nombre

La Escuela de Salud "San Pedro Clauer"

Educación No Formal
Autorización Oficial Acuerdo Ejecutivo No. 14 y 28 del Ministerio de Salud y
Resolución No. 1369 de la Secretaría de Educación del Huila

Teniendo en cuenta que

Nydia Guevara Perdomo

C.C. No. 55.171.211 de Naiva

Culminó satisfactoriamente sus estudios y cumplió con todos los demás requisitos legales y reglamentarios,
le confiere el Certificado de Aptitud Ocupacional de:

Técnico en Auxiliar de Enfermería

Directora

Secretaria

Dado en Naiva a los 12 días del mes de Julio de 2006

Anotado al libro de Registro No. 6 Folio No. 836

No. 2060

Escuela de Salud
"San Pedro Claver"
EDUCACIÓN NO FORMAL

ACTA DE GRADO No. 2050

La Escuela de Salud San Pedro Claver, Institución con Autorización Oficial otorgada por el Ministerio de Salud mediante Acuerdos Ejecutivos Nos. 14, 28, 49 y 57, y Resolución No. 01369 otorgada por la Secretaría de Educación del Huila; en atención a que el estudiante:

NYDIA GUEVARA PERDOMO

C.C. No. 55.171 211 de Neiva

Culminó satisfactoriamente sus estudios y cumplió todos los demás requisitos legales y reglamentarios, le confiere el Certificado de Aptitud Ocupacional de:

TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA

Testimonio de lo anterior, se firma la presente Acta a los 12 días del mes Julio de 2008

Firmado y sellado por:

Rector

ESCUELA DE SALUD SECRETARIA SAN PEDRO CLAVER

Secretaria

Powered by CamScanner

ReTHUS

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

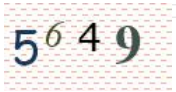
Tipo de Identificación *: Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *: 55171211

Primer Nombre: nydia

Primer Apellido: guevara

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

3263

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2025-08-12→12:14:30 PM -2025-08-12→12:17:24 PM -2025-08-12→12:25:54 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	55171211	NYDIA		GUEVARA	PERDOMO	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) NYDIA GUEVARA PERDOMO identificado(a) con CC 55171211 registra La siguiente información:

2025-08-12→12:25:54 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	AUXILIAR DE ENFERMERIA	2008-08-12	1463	GOBERNACION DEL HUILA - SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
AUX	Local	TÉCNICO SALUD PUBLICA	2010-12-02	2417	GOBERNACION DEL HUILA - SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
AUX	Local	TÉCNICO SERVICIOS FARMACEUTICOS	2019-07-11	1510	GOBERNACION DEL HUILA - SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

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).

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
GÜETE	DE LA HOZ	GEINER

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD PAÍS
C.C X C. E PAS No 1.043.337.669	F ___ M _X_	COL. _X__ EXTRANJERO ___

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE _____ SEGUNDA CLASE _____ NÚMERO _____

D. M

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 1 2 MES 0 9 AÑO 1 9 8 8

PAÍS COLOMBIA

DEPTO __ATLANTICO

MUNICIPIO STA LUCIA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CR 8 14 - 56

PAÍS _COLOMBIA_____ DEPTO _HUILA_____

MUNICIPIO NEIVA

TELÉFONO 3027349703 EMAIL _____

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

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

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO				No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN		X		BACTERIÓLOGO	01	2	0	1	1	

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.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
PREVENZA IPS SAS		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
HUILA	NEIVA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 01 MES 08 AÑO 2025	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
BACTERIOLOGO		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
LAB. M. GISSELA RAMIREZ		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
HUILA	NEIVA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 03 MES 03 AÑO 2022	DÍA 25 MES 07 AÑO 2025

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
BACTERIOLOGO		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

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
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

5 FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento _____

_____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

_____

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS





TEL: 3027349703
geinerguette@hotmail.com

EN EL NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA
CON AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA

DE BARRANQUILLA COLOMBIA

HABIENDO SIDO CUMPLIDOS POR NUESTRO ALUMNO

GEINER GENDER GUETTE DE LA HOZ

C.C.No. 1.046.337.669 de Santa Lucia

TODOS LOS ESTUDIOS Y PRACTICAS REQUERIDOS POR NUESTROS ESTATUTOS UNIVERSITARIOS LE OTORGA EL TITULO DE

B A C T E R I O L O G O

EN CONSTANCIA DE ELLO SE FIRMA Y REFRENDA
CON EL SELLO MAYOR DE LA UNIVERSIDAD

VICE-RECTOR

RECTOR

DIRECTOR DEL PROGRAMA

ANOTADO AL FOLIO 77 DEL LIBRO 1/96

NUMERO DE REGISTRO 8 - 1996

DADO EN BARRANQUILLA, A LOS

28 DIAS DEL MES Enero DEL AÑO 2011

08387

TEL: 3027349703
geinerguette@hotmail.com

UNIVERSIDAD METROPOLITANA

Ciencias de la Salud

Programa de Bacteriología

ACTA DE GRADO

Código B-73-3243-11

Otorgada a: Geiner Gender Guette De La Hoz

Cédula de Ciudadanía 1.046.337.669 de Santa Lucía

En Barranquilla a los 28 dias del mes de enero de 2011 el Consejo Directivo, el Rector de la Universidad Metropolitana y su Vicerrector, Director(a) de los Subsistemas Administrativo y Académico, Directores de Programa de Medicina, Odontología, Enfermeria, Bacteriología, Fisioterapia, Optometría, Fonoaudiología, Terapia Ocupacional, Nutrición y Dietética, Psicología y Trabajo Social, en presencia de su cuerpo docente, se reunen en el Salón de Actos de la Institución para, en uso de sus facultades estatutarias que le han sido conferidas por el Ministerio de Educación del Gobierno de Colombia, otorgar Grado Académico.

Hecho el juramento profesional, el graduado recibe el diploma, que dice así:

EN NOMBRE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA, CON AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL, LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE BARRANQUILLA, COLOMBIA, HABIENDO CUMPLIDO EXITOSAMENTE POR NUESTRO ESTUDIANTE:

Geiner Gender Guette De La Hoz

Cédula de Ciudadanía 1.046.337.669 de Santa Lucía

MEDIANTE LA PEDAGOGÍA DIALÓGICA TODOS LOS ESTUDIOS Y PRÁCTICAS REQUERIDAS PARA SU DESARROLLO INTELECTUAL Y CULTURAL LE OTORGA EL TÍTULO DE:

Bacteriólogo

EN CONSTANCIA DE ELLO SE FIRMA Y REFRENDA CON EL SELLO MAYOR DE LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA.

Tras de felicitar a los graduados se dio por clausurado el Acto de Grado, a los 28 días del mes de enero de 2011.

EDUARDO ACOSTA BENDEK
Rector

JESUS SAEZ DE IBARRA
Vicerrector

LUCILA DEL CARMEN GOMEZ RODRIGUEZ
Directora del Programa

TEL: 3027349703
geinerguette@hotmail.com

Gobernación del Atlántico

SECRETARIA DE SALUD

RESOLUCIÓN NÚMERO 08 - 01965 **DE 2011**

28 MAR. 2011

"Por la cual se concede una Autorización para el Ejercicio Profesional "

EL SECRETARIO DE SALUD DEL ATLÁNTICO

En uso de sus Facultades Legales y en especial las conferidas por el Decreto No. 1875 del 3 de Agosto de 1994 y la Resolución No. 5462 de 2010, y

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

Que **GEINER GENDER GUETTE DE LA HOZ,** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 1.046.337.669 expedida en Santa Lucía - Atlantico, ha solicitado Autorización del Ejercicio Profesional como **BACTERIOLOGO,** según **TITULO** que le otorgo la **UNIVERSIDAD METROPOLITANA,** el día 28 de Enero de 2011, según Acta de Grado No. B-73-3243-11.

Que dicho Título se registró por la **UNIVERSIDAD METROPOLITANA** en Folio No. 77 del Libro de Registro No. 1/96 con el Número B-1996 el día 28 de Enero de 2011.

Que en cumplimiento de la Ley 1164 de 2007 y sus reglamentarios, así como de la Resolución 5462 de 24 de Diciembre de 2010, por el cual se definen criterios para la realización de un Sorteo de asignación de plazas de servicio social obligatorio para los profesionales de Medicina, Bacteriología, Odontología y Enfermería.

Que el Ministerio de la Protección Social llevó a cabo el 18 de Febrero de 2011, el sorteo de plazas del SSO, el cual se realizó en las instalaciones del Ministerio de la Protección Social a las 3:00 P.M.

Que **GEINER GENDER GUETTE DE LA HOZ NO,** salió favorecido (a) en el Sorteo para cumplir el Servicio Social Obligatorio y que de acuerdo con lo dispuesto en las normas anteriormente citadas, queda **EXONERADO** de la obligación de prestar el Servicio Social Obligatorio y la Secretaría de Salud del Atlántico debe autorizarle el ejercicio de la profesión en el Territorio Nacional.

R E S U E L V E

ARTICULO ÚNICO: Autorizar a **GEINER GENDER GUETTE DE LA HOZ,** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 1.046.337.669 expedida en Santa Lucía - Atlantico para ejercer la Profesión de **BACTERIOLOGO** en todo el Territorio Nacional

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

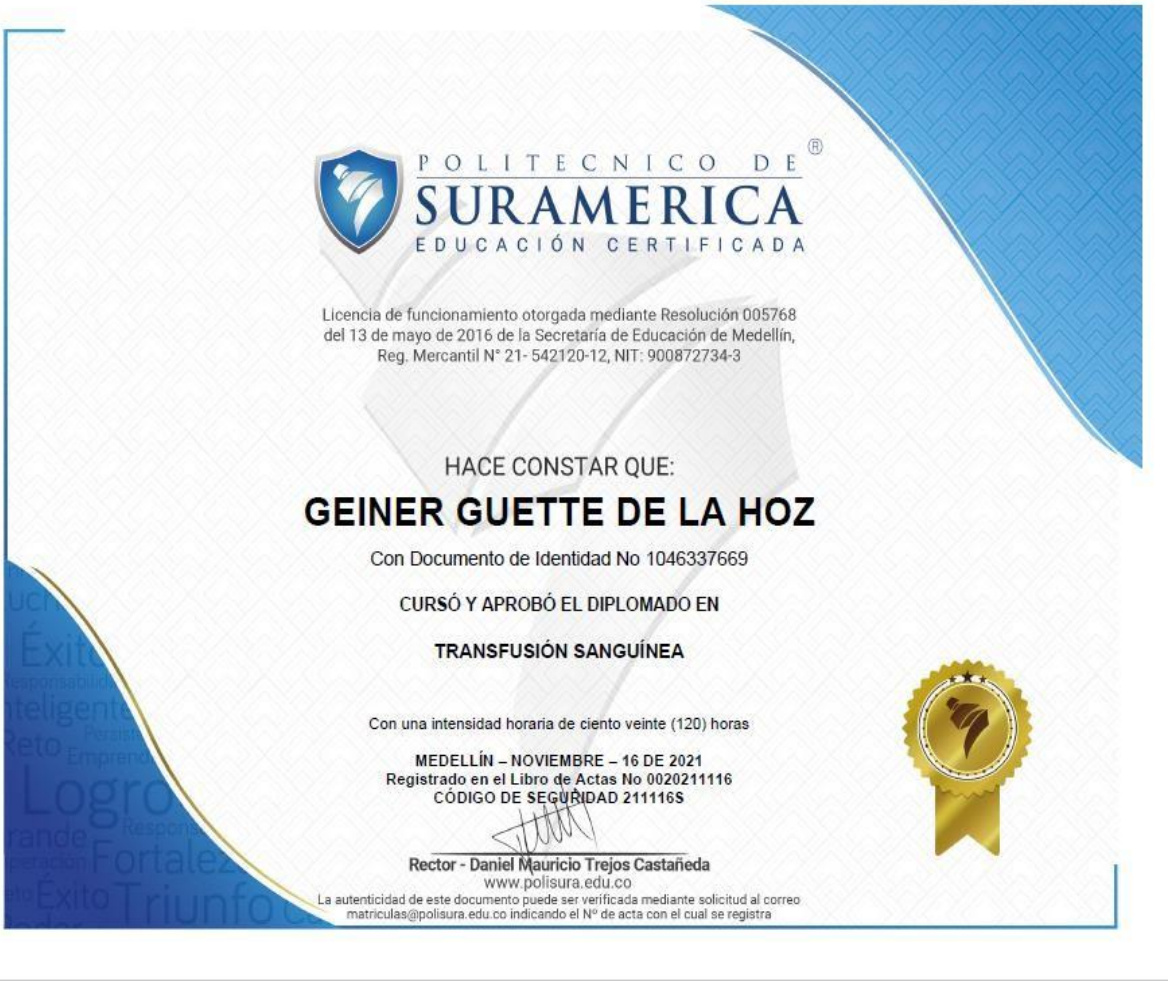
Dada en Barranquilla - Atlántico, el día 28 MAR. 2011

ROCÍO DEL CARMEN GAMARRA PEÑA
Secretaria de Salud Departamental

Proyectó: Maria Alejandra Mafiol
Revisó : Elvis Fuenmayor

unidos

TEL: 3027349703
geinerguette@hotmail.com



POLITECNICO DE SURAMERICA
EDUCACIÓN CERTIFICADA

Licencia de funcionamiento otorgada mediante Resolución 005768 del 13 de mayo de 2016 de la Secretaría de Educación de Medellín, Reg. Mercantil N° 21- 542120-12, NIT: 900872734-3

HACE CONSTAR QUE:

GEINER GUETTE DE LA HOZ

Con Documento de Identidad No 1046337669

CURSÓ Y APROBÓ EL DIPLOMADO EN

TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

Con una intensidad horaria de ciento veinte (120) horas

MEDELLÍN – NOVIEMBRE – 16 DE 2021
Registrado en el Libro de Actas No 0020211116
CÓDIGO DE SEGURIDAD 211116S

Rector - Daniel Mauricio Trejos Castañeda
www.polisura.edu.co
La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante solicitud al correo matriculas@polisura.edu.co indicando el N° de acta con el cual se registra

TEL: 3027349703
geinerguette@hotmail.com

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *: Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *: 1046337669

Primer Nombre: GEINER

Primer Apellido: GUETTE

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

6053

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2026-04-22→2:18:43 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1046337669	GEINER	GENDER	GUETTE	DE LA HOZ	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) GEINER GENDER GUETTE DE LA HOZ identificado(a) con CC 1046337669 registra La siguiente información:

2026-04-22→2:18:43 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	BACTERIOLOGIA	2011-03-28	801965	Colegio Nacional de Bacteriologia

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Exonerado del SSO	No Aplica	|NO APLICA|	1900-01-01	1900-01-01	Sin Modalidad	Bacteriología	Colegio Nacional de Bacteriologia

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).

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
CUENCA	DIAZ	JUAN SEBASTIAN

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1075268013 — *SEXO*: F ( ) M (X) — *NACIONALIDAD*: COL. ( ) EXTRANJERO ( ) *PAÍS* ____

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO ____ D.M ____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 19 MES 01 AÑO 1993

PAÍS Colombia

DEPTO Huila

MUNICIPIO Neiva

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Carrera 9 #16-16

PAÍS Colombia DEPTO Huila

MUNICIPIO Neiva

TELÉFONO 3197472605 EMAIL juan.cuenca@urosario.edu.co

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

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

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA), **ES** (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No.SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
UN	10	X		FONOAUDIOLOGO	07	2017	1075268013

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
INGLÉS		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	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Prevenza IPs SAS		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Huila	Neiva	prevenzaadmon2@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3173780679	DÍA 09 MES 10 AÑO 2023	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Fonoaudiólogo		Calle 10 # 3 - 27

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Cenaudio		x	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Huila	Neiva	cenaudio@hotmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
8743838	DÍA 01 MES 08 AÑO 2017	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Fonoaudiólogo		Cra. 9 No 16-16

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

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*
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	8	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Neiva. 15 de agosto de 2025



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

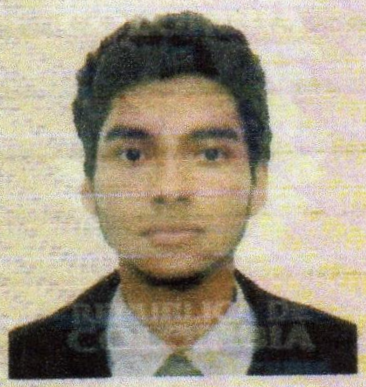
NUMERO **1.075.268.013**

CUENCA DIAZ

APELLIDOS

JUAN SEBASTIAN

NOMBRES



Juan Sebastián Cuenca D

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-ENE-1993**

NEIVA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.74	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

19-ENE-2011 NEIVA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1900100-00285550-M-1075268013-20110325 **0026**290429A 1 35288391

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario - 1653

EL RECTOR Y CLAUSTRO DEL COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO
A TODOS LOS QUE VIEREN ESTAS LETRAS, SALUD EN EL SEÑOR

POR EL TENOR DE LAS PRESENTES OS HACEMOS SABER QUE Juan Sebastián Cuenca Díaz IDENTIFICADO CON LA CÉDULA DE CIUDADANÍA Nº 1.075.268.013 de Neiva UNO DE NUESTROS alumnos DESPUÉS DE GRADUARSE BACHILLER, HA OÍDO CON LAUDABLE PUNTUALIDAD Y APLICACIÓN LAS LECCIONES DE NUESTRA escuela DE Medicina y Ciencias de la Salud EN TODA LA EXTENSIÓN QUE PIDEN NUESTRAS TRADICIONES Y REGLAMENTOS, HABIENDO DADO MUESTRAS PLENAMENTE SATISFACTORIAS DE SU APROVECHAMIENTO EN TODOS LOS ESTUDIOS TEÓRICOS Y PRÁCTICOS, POR LO CUAL, EN VIRTUD DE NUESTRAS VENERANDAS CONSTITUCIONES, LAS LEYES 89 DE 1892, 39 DE 1903, 30 DE 1992 Y EL ARTÍCULO 69 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA, CONFERIMOS EN NOMBRE Y POR AUTORIDAD DEL COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO, AL PRECITADO alumno EL CARÁCTER Y TÍTULO DE Fonoaudiólogo CON TODOS LOS DERECHOS, HONORES Y PREEMINENCIAS PROPIOS DE LOS MAESTROS DE ESTE NUESTRO CLAUSTRO. PARA QUE CONSTE LE EXPEDIMOS LAS PRESENTES LETRAS, FIRMADAS POR EL RECTOR, EL VICERRECTOR, EL DECANO, SELLADAS CON EL SELLO MAYOR DEL COLEGIO, REGISTRADAS EN EL Nº 53460, LIBRO 41, FOLIO 243 Y REFRENDADAS POR LA SECRETARIA EN EL AULA MÁXIMA DE ESTE COLEGIO MAYOR, EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C., A LOS veintiseis DÍAS DEL MES DE julio DEL AÑO DEL SEÑOR DE dos mil diecisiete (2017)

EL RECTOR

EL VICERRECTOR

EL DECANO

LA SECRETARIA GENERAL

REAL CÉDULA DEL 31 DE DICIEMBRE DE 1653 - RESOLUCIÓN 30 DEL 16 DE SEPTIEMBRE DE 1895

13129/2348

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario - 1653

Personería Jurídica Res. 58 del 16 de Septiembre de 1895, expedida por el Ministerio de Gobierno

ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD
Programa de FONOAUDIOLOGÍA

Acta individual de Grado No. 20107 - 53460

En la ciudad de Bogotá D.C., el día veintiseis (26) de julio de dos mil diecisiete (2017) siendo las 11:00h, se llevó a cabo el acto de graduación por el cual el Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario confirió el título profesional de:

FONOAUDIÓLOGO

a

JUAN SEBASTIÁN CUENCA DÍAZ

Identificado con Cédula de Ciudadanía. No. 1075268013, quien cumplió con los requisitos académicos y reglamentarios y las normas legales y recibió el diploma No. 9348, registrado bajo el No. 53460 del libro No. 41 folio 243.

Esta acta se encuentra contenida en el Acta General de Grado No. 20107 firmada por:

GUSTAVO ADOLFO QUINTERO HERNÁNDEZ	DECANO
SANDRA CECILIA PULIDO SÁNCHEZ	SECRETARIA ACADÉMICA

Para constancia se firma en Bogotá D.C. República de Colombia a los veintiseis (26) días del mes de julio de dos mil diecisiete (2017).

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario

SANDRA CECILIA PULIDO SÁNCHEZ
Secretaria Académica.

CATALINA LLERAS FIGUEROA
Secretaria General

ACTA DE GRADO

Universidad del Rosario

LA SUSCRITA SECRETARIA ACADÉMICA DE LA

ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD

DEL COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO

C E R T I F I C A:

Que el señor ***JUAN SEBASTIAN CUENCA DÍAZ,*** *identificado con cédula de ciudadanía No. 1.075.268.013, cursó y aprobó el número total de créditos requeridos por el Programa de* ***FONOAUDIOLOGIA,*** *en esta Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario.*

El señor Cuenca Díaz, tiene pendiente el cumplimiento de Requisito de Ingles (B2) y demás de requisitos de grado para poder optar al título de Fonoaudiólogo.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado en la ciudad de Bogotá, D.C., y para constancia se firma a los veintiún (21) días del mes de febrero del año dos mil diecisiete (2017).

SANDRA C. PULIDO SÁNCHEZ
Secretaria Académica de Pregrado
Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud
Universidad del Rosario

COLEGIO MAYOR DE NTRA. SRA. DEL ROSARIO
SECRETARIA
Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

Colegio Colombiano de Fonoaudiólogos

Identificación Única del Talento Humano en Salud

Tipo de Identificación:
C.C.
No. Identificación:
1075268013
Título:
Fonoaudiólogo
Nombres y Apellidos:
Juan Sebastián Cuenca Díaz
Institución Educativa:
Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora Del Rosario
Ciudad:
Bogotá, D.C.
Fecha de Expedición de Diploma:
26/07/2017
Fecha de Inscripción en el Rethus:
17/10/2017



Firma del Profesional

Esta tarjeta es un documento público y se expide en conformidad con la Ley 1164 de 2007 y el Decreto número 4192 de 2010

Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla al Colegio Colombiano de Fonoaudiólogos.

Firma del Representante Legal

No. Serial 01297

IDentico S.A.S

ReTHUS

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

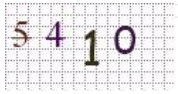
Tipo de Identificación *: Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *: 1075268013

Primer Nombre: juan

Primer Apellido: cuenca

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

9264

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2025-08-15→7:05:18 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1075268013	JUAN	SEBASTIAN	CUENCA	DIAZ	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) JUAN SEBASTIAN CUENCA DIAZ identificado(a) con CC 1075268013 registra La siguiente información:

2025-08-15→7:05:18 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	FONOAUDIOLOGIA	2017-10-17	799	COLEGIO COLOMBIANO DE FONOAUDIOLOGOS
ESP	Local	ESPECIALIZACION EN AUDIOLOGIA	2020-09-25	2835	COLEGIO COLOMBIANO DE FONOAUDIOLOGOS

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).