FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Cedeño	Perdomo	Monica Estella

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No 1084867383	F ⊗ M ○ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 23 MES 04 AÑO 1990

PAÍS COLOMBIA

DEPTO HUILA

MUNICIPIO ÍQUIRA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 7N ?1 28 CASA JARDIN

PAÍS COLOMBIA DEPTO NARIÑO

MUNICIPIO PASTO

TELÉFONO EMAIL monikcede23@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	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2007
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	3	X			07	2009	1425

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MARIA AUXILIADORA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* ÍQUIRA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8394547	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	05	*Año*	2019	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CONSULTA EXTERNA Y URGENCIAS						*DIRECCIÓN* CALLE 2A ° 6 -16					

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MARIA AUXILIADORA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8394548	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	05	*Año*	2018	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* URGENCIAS						*DIRECCIÓN* calle n 6-16					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MARIA AUXILIADORA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* ÍQUIRA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3124126161	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	06	*Año*	2019	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA						*DIRECCIÓN* CALLE 2A °6 16					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MARIA AUXILIADORA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* ÍQUIRA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3124126161	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	08	*Año*	2021	*Día*	03	*Mes*	11	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA						*DIRECCIÓN* CALLE 2A ° 6 -+16					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MARIA AUXILIADORA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* ÍQUIRA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3124126161	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	06	*Año*	2021	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA						*DIRECCIÓN* CALLE 2A °6 16					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MARIA AUXILIADORA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* ÍQUIRA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3124126161	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	01	*Año*	2021	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA						*DIRECCIÓN* CALLE 2A °6 16					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MARIA AUXILIADORA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* ÍQUIRA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3124126161	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	01	*Año*	2015	*Día*	01	*Mes*	05	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA						*DIRECCIÓN* CALLE 2A °6 16					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MARIA AUXILIADORA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* ÍQUIRA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3124126161	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	04	*Mes*	11	*Año* 2020	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA					*DIRECCIÓN* CALLE 2A °6 16						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MARIA AUXILIADORA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* ÍQUIRA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3124126161	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	03	*Mes*	05	*Año* 2020	*Día*	02	*Mes*	08	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA					*DIRECCIÓN* CALLE 2N ° 6 -16						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MARIA AUXILIDORA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* ÍQUIRA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3124146161	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	03	*Mes*	01	*Año* 2020	*Día*	02	*Mes*	05	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA					*DIRECCIÓN* CALLE 2A °6 16						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MARIA AUXILIADORA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* ÍQUIRA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3124126161	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	05	*Mes*	06	*Año* 2019	*Día*	01	*Mes*	10	*Año*	2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA					*DIRECCIÓN* CALLE 2A °6 16						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E. S. E HOSPITAL MARIA AUXILIADORA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* ÍQUIRA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8394547	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	05	*Año* 2018	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* URGENCIAS					*DIRECCIÓN* CALLE 2N ° 6 -16						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MARIA AUXILIAR			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* ÍQUIRA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3124126161	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	11	*Año*	2018	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA						*DIRECCIÓN* CALLE 2A °2 16					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD AICE LTDA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* ÍQUIRA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2013	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* URGENCIAS						*DIRECCIÓN* MEGACENTRO OFICINA 402					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MARIA AUXILIADORA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8394548	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	01	*Año*	2017	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* URGENCIAS						*DIRECCIÓN* CALLE 2N 6 16					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSITAL MARIA AUXILIADORA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* ÍQUIRA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3124126161	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	11	*Mes*	11	*Año*	2017	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA						*DIRECCIÓN* CALLE 2A °6 16					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MARIA AUXILIADORA DE IQUIRA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3124126161	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	01	*Año*	2016	*Día*	01	*Mes*	02	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA						*DIRECCIÓN* CALLE 2A ° 6 -16					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MARIA AUXILIADORA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3124126161	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	05	*Año* 2015	*Día*	01	*Mes*	11	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA					*DIRECCIÓN* CALLE 2A 6 16					

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA			*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*						
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día:		*Mes:*		*Año:*	*Día:*		*Mes:*		*Año:*	
AREA DE CONOCIMIENTO	*NIVEL EDUCATIVO*					*DIRECCIÓN*					

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	5	1
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	10	6
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento

Monica Cadeño

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

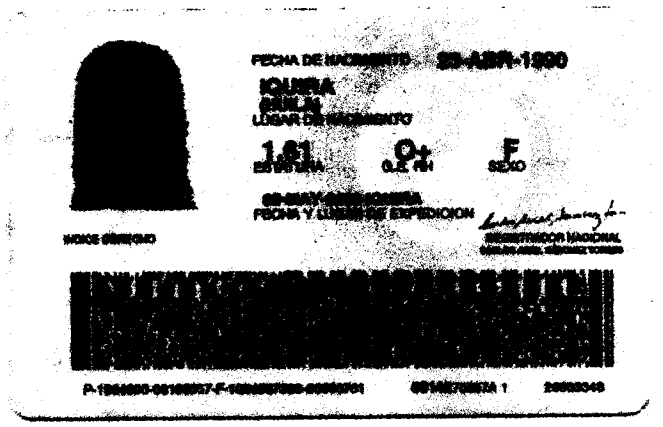
CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ibagué Hula 30-07-25

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS





EL SECRETARIO DE SALUD DEL HUILA
HACE CONSTAR

Que: MONICA ESTELLA CEDEÑO PERDOMO

Ha cumplido con los requisitos legales para ejercer como

AUXILIAR DE ENFERMERIA

JOSE EUGENIO CARRERA QUINTANA
Secretario de Salud

PIEDAD ROJAS GARCIA
Profesional Universitario

Fecha: 04/08/2009

GOBERNACIÓN DEL HUILA
SECRETARIA DE SALUD
DEPARTAMENTAL

Nombres: MONICA ESTELLA
Apellidos: CEDEÑO PERDOMO
C.C. 1.084.867.383 de IQUIRA (H)
Resolución Autorización 1425
Fecha: 04/08/2009

SECRETARIA DE SALUD DEL HUILA

Firma MÓNICA STELLA CEDEÑO P.



GOBERNACION DEL HUILA

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

RESOLUCIÓN No. 1425

Por la cual se concede una Autorización para el Ejercicio de la Ocupación

EL SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL
De conformidad con la Resolución No. 0449 del 8 de febrero de 1993, el Decreto No. 1875 del 3 de Agosto de 1994, y Decreto No. 1352 del 12 de Julio de 2000 y

CONSIDERANDO

Que **MONICA ESTELLA CEDEÑO PERDOMO**, con Cédula de Ciudadanía No. 1.084.867.383 expedida en IQUIRA (H), solicitó ante esta Secretaría la autorización para ejercer como **AUXILIAR DE ENFERMERIA.**

Que presentó el certificado de estudios otorgado por LA ESCUELA DE SALUD SAN PEDRO CLAVER, en NEIVA, el 18 de Julio de 2009.

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Autorizar a **MONICA ESTELLA CEDEÑO PERDOMO**, con Cédula de Ciudadanía No. 1.084.867.383 expedida en IQUIRA (H), para ejercer como **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, en el territorio Nacional.

ARTÍCULO SEGUNDO: Para poder ejercer la ocupación en zona geográfica diferente a donde se autorizó el titulo, la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del Departamento donde va a laborar, con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

ARTICULO TERCERO: La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.

Dada en Neiva (Huila), el 30 JUL 2009

COPIA (ORIGINAL FIRMADO)
JOSE E. CARRERA Q.

JOSE EUGENIO CARRERA QUINTANA
Secretario de Salud Departamental

MCAR/PRG

Cruz Roja Colombiana

DAAPS-R10-CL096

La suscrita Directora Ejecutiva.

CERTIFICA

Que la Señora, **MONICA ESTELLA CEDEÑO PERDOMO**, identificada con cédula de ciudadanía No. **1.084.867.383** expedida en Iquira. (Huila), laboró en esta Institución desde el 21 de Octubre de 2009 al 25 de Abril de 2010, de acuerdo al convenio APS-R Gobernacion del Huila, desempeñándo el cargo de **Auxiliar de Enfermeria,** en el municipio de Iquira.

La presente certificación se expide a solicitud de la interesada.

Dada en Neiva, a los veinticinco (25) días del mes de Abril de dos mil diez (2010).

ESPERANZA ORTIZ ORTIZ
Directora Ejecutiva

Proyectó. Liliana Polania Herrera

Cruz Roja Colombiana

DA APS-R11- CL 391

La suscrita Directora Ejecutiva

CERTIFICA

Que la Señora **MONICA ESTELLA CEDEÑO PERDOMO**, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.084.867.383 expedida en Iquira, laboró en esta Institución desde Julio 18 de 2011, mediante contrato de Trabajo a Término Fijo de acuerdo al convenio APS-R Gobernación del Huila, hasta Diciembre 15 de 2011, desempeñando el cargo de Auxiliar de Enfermería, en el municipio de IQUIRA.

La presente certificación se expide a solicitud de la interesada.

Dada en Neiva, a los quince (15) días del mes de Diciembre de dos mil once (2011).

ESPERANZA ORTIZ ORTIZ
Directora Ejecutiva

Proyectó. *Liliana Polania Herrera*

AiCE LTDA
Trabajamos con Talento
NIT. 900.114.161-2 Régimen Común

LA SUSCRITA GERENTE

DE LA EMPRESA DE SERVICIOS TEMPORALES AICE LTDA

HACE CONSTAR QUE:

La señora MONICA ESTELLA CEDEÑO PERDOMO identificada con la cédula de ciudadanía 1.084.867.383 expedida en Iquira – (Huila), laboró mediante un contrato por obra o labor en esta Empresa desde el 01 de Abril del 2013 hasta el 30 de Abril de 2013, desempeñándose en el cargo de **AUXILIAR DE ENFEMERIA Y DE AMBULACIA** para la empresa **E.S.E HOSPITAL MARIA AUXILIADORA DE IQUIRA.**

Se expide en Neiva a los dos (15) días del mes de Mayo del año dos mil trece (2013).

AiCE LTDA
Trabajamos con Talento
NIT. 900.114.161-2

YULY MARCELA CALDERON CARRERA

Megacentro Oficina 402 Tel: 8722500 Cel. 3183410444 - 3144149150
E-mail: aiceltda.2010@hotmail.com

HOSPITAL María Auxiliadora

I A M I

¡Vale la pena!

AIEPI

EL TECNICO OPERATIVO DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MARIA AUXILIDORA DE IQUIRA

CERTIFICA:

Que la señora **MONICA STELLA CEDEÑO**, identificada con la cédula de ciudadanía número 1.084.867.383 expedida en Iquira, presto los servicios como Auxiliar de Enfermería en el área de urgencias, hospitalización y sala de partos por la modalidad de Orden de prestación de servicios, a partir del 17 de Noviembre de 2013 al 24 de Noviembre de 2013, del 29 de Noviembre de 2013 al 28 de Diciembre de 2013, del 5 de enero de 2014 al 31 de Enero de 2014, del 2 de Agosto de 2014 al 1 de Enero de 2015, del 2 de enero de 2015 al 1 de Noviembre de 2015 del 2 de enero de 2016 al 18 de febrero de 2016 y como Auxiliar de enfermería en Facturación y liquidación en el servicio de Urgencias desde el 30 de Marzo de 2016 al 31 de Diciembre de 2016.

La presente certificación se expide a solicitud verbal de la interesada.

Dada en Iquira, Huila a los diez (10) días del mes de Marzo del dos mil diez y siete (2017)

Atentamente,

ALIRIO BRAND CEDEÑO
Técnico Operativo

Calle 2ª. No. 6-16
Teléfonos (098) 8394548, (098) 8394765 Telefax (098) 8394547
Email: hmaiquira@yahoo.es
Iquira - Huila

LA SUSCRITA GERENTE DE LA E.S.E. HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DEL MUNICIPIO DE ÍQUIRA- HUILA

CERTIFICA:

Que la señora MÓNICA ESTELLA CEDEÑO PERDOMO, identificada con cédula de ciudadanía N° 1.084.867.383 del municipio de la Iquira - Departamento del Huila, ha suscrito los siguientes contratos de prestación de servicios con la E.S.E. HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DE ÍQUIRA- HUILA, durante la vigencia 2020, así:

N° CONTRATO	OBJETO	TIEMPO DE EJECUCIÓN
018-2020	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL AREA DE FACTURACION EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA, URGENCIAS Y APOYO EN BRIGADAS DE PROMOCION Y PREVENCION, DE ACUERDO CON LAS DIRECTRICES TRAZADAS POR LA ENTIDAD, CON PLENA AUTONOMIA FUNCIONAL Y ADMINISTRATIVA.	DESDE EL 03 DE ENERO DE 2020 HASTA EL 02 DE ABRIL DE 2020.
079-2020	PRESTAR SUS SERVICIOS DE AUXILIAR DE ENFERMERIA APOYANDO EL AREA DE FACTURACION EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA, URGENCIAS, EN BRIGADAS DE PROMOCION Y PREVENCION DE ACUERDO A LAS DIRECTRICES TRAZADAS POR LA E.S.E. HOSPITAL MARIA AUXILIADORA DE IQUIRA.	DESDE EL 02 DE MAYO DE 2020 HASTA EL 01 DE AGOSTO DE 2020.
146-2020	PRESTAR SUS SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA APOYANDO LAS AREAS ASISTENCIALES DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA POR COVID19, DE ACUERDO A LAS DIRECTRICES TRAZADAS POR LA E.S.E. HOSPITAL MARIA AUXILIADORA DE IQUIRA H.	DEDE 04 DE AGOSTO DE 2020 HASTA EL 03 DE NOVIEMBRE DE 2020
205-2020	PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES PARA LA ASIGNACION DE CITAS, REALIZACION DE DEMANDA INDUCIDA EFECTIVA A TODOS LOS PROGRAMAS DE PYM EN LA E.S.E. HOSPITAL MARIA AUXILIADORA DE IQUIRA H.	DESDE 04 DE NOVIEMBRE DE 2020 HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2020.

La presente certificación se firma en el despacho de la Gerente de la Empresa Social del Hospital María Auxiliadora de Iquira - Huila a los once (11) días del mes de febrero del año dos mil veinticinco (2025), a solicitud de la interesada.

DIANA MARCELA OROZCO MEÑACA
Gerente

NIT: 900.463.574-7

CERTIFICA

Que el (la) Señor(a) **MONICA ESTELLA CEDEÑO PERDOMO**, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1.084.867.383 de Iquira - Huila, es afiliado(a) del Sindicato de Gremio; según su perfil de **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, actuando como Afiliado(a) Participe, ha desarrollado procesos Asistenciales y/o Administrativos, desde el cuatro (04) de Enero de 2022 hasta la fecha, en cumplimiento de Contratos Sindicales celebrados entre **SAVITRA. SINDICATO DE GREMIO y la E.S.E HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA IQUIRA.**

Dada a los veintisiete (27) días del mes de Enero de dos mil veinticinco (2025) a solicitud del interesado(a).

Atentamente,

SAVITRA RECURSO HUMANO

LEONOR IVETT QUINTERO TRUJILLO
Coordinadora General Recurso Humano

REPUBLICA DE COLOMBIA
SECRETARIA E EDUCACION DEL HUILA
INSTITUCION EDUCATIVA "MARIA AUXILIADORA"

Creada y organizada por Decretos 1201 de 2002 y 1005 de 2003 y Aprobación de estudios según Resolución N°.1312 de la Gobernación del Huila. Registro Educativo N°. N-1519115-106 DANE.141357000010

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

En la Rectoría de la Institución Educativa "María Auxiliadora" del Municipio de Iquira-Huila, se reunieron el Rector y la Secretaria Académica con el fin de verificar la situación legal de los alumnos del grado Once (11°) y formalizar su graduación.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron el grado Once durante el año lectivo 2007 y que cumplieron con los programas y plan de estudios para la Media académica, según concepto de la comisión de evaluación y promoción, se procedió a otorgar el título de

BACHILLER ACADEMICO

Al graduando cuyos nombres, apellidos y documento de identidad se relacionan a continuación:

MONICA ESTELLA CEDEÑO PERDOMO
T.I. 90042363919 DE IQUIRA-H.

Es fiel copia tomada del Acta original General de Graduación N°. 35 del 30 de noviembre de 2007, que consta de cincuenta y nueve (59) alumnos graduados.

Firmada por Alirio Guevara Sánchez (Rector) y Fanny Tamayo Martínez (Secretaria)

Expedida en Iquira-Huila, a tres (3) días del mes de febrero de 2009.

Lic. ALIRIO GUEVARA SANCHEZ
C.C.12.190.839 de garzón-Huila.
Rector

FANNY TAMAYO MARTINEZ.
C.C. 26.514.854 de Iquira-Huila
Secretaria.

Escuela de Salud

"San Pedro Claver"

ACTA DE GRADO No. 2295

La Escuela de Salud San Pedro Claver Con autorización oficial según Acuerdo N° 036 del 05 de diciembre de 2008 de la Comisión intersectorial para el Talento Humano en salud, y Resolución N° 0344 del 25 de febrero de 2009 emanada de la secretaria de Educación de Neiva - Huila y en atención a que el estudiante:

MONICA ESTELLA CEDEÑO PERDOMO

C.C. No. de *1.084.867.383 Iquira*

Culminó satisfactoriamente sus estudios y cumplió todos los demas requisitos legales y reglamentarios, le confiere el Certificado de Tecnico Laboral por competencia en:

AUXILIAR EN ENFERMERÍA

Por haber cursado y aprobado el programa de **Auxiliar en Enfermería** con registro según Resolucion 0507 de la secretaria de Educacíon de Neiva. con una intensidad total de 1800 horas

Testimonio de lo anterior, se firma la presente Acta a los *18* días del mes *Julio* de *2009*

Firmado y sellado por:

Rector

Secretaria

ESCUELA DE SALUD SECRETARIA SAN PEDRO CLAVER

La República de Colombia

Secretaría de Educación de Neiva

La Escuela de Salud "San Pedro Claver"

Con Autorización oficial según Acuerdo No. 036 del 5 de Diciembre de 2008 de la Comisión intersectorial para el Talento Humano en Salud y Resolución No. 0344 del 25 de Febrero de 2009 emanada de la Secretaría de Educación de Neiva - Huila.

Confiere el certificado de Aptitud Ocupacional por competencias en:

Auxiliar en Enfermería

a:

Mónica Estella Cedeño Perdomo

c.c. 1.084.867.383 - Iquira

Por haber cursado y aprobado el programa de Auxiliar en Enfermería con registro según Resolución 0307 de la Secretaría de Educación de Neiva con una intensidad total de 1800 horas.

Rector

Secretaria

ESCUELA DE SALUD SECRETARIA SAN PEDRO CLAVER

Dado en Neiva - Huila a los 18 días del mes de Julio de 2009

Anotado al Folio No. 1088 del Libro de Registro No. 7 No. 2306

Escuela de Salud San Pedro Claver

Hace Constar Que:

MONICA ESTELLA CEDEÑO PERDOMO

C.C No. 1.084.867.383 Iquira

Asistió y cumplió satisfactoriamente el Programa de Básico

Windows -Word - Excel - Powerpoint

Directora

Docente

Neiva, Julio 18 de 2009

LIFECARE SERVICE

Comprometidos con sus necesidades

4440

HACE CONSTAR QUE:

MONICA ESTELLA CEDEÑO PERDOMO

C.C 1084867383 DE IQUIRA (HUILA)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES CON EL CURSO TALLER EN

SOPORTE VITAL BÁSICO (BLS)

Realizado los días 09 al 10 de JUNIO de 2025, con una intensidad de 20 horas.
CERTIFICACIÓN VIGENTE HASTA EL DÍA 10 DE JUNIO DE 2027.

DADO EN IQUIRA (HUILA) A LOS 10 DÍAS DEL MES DE JUNIO DE 2025

CESAR GERMÁN CASTAÑEDA
GERENTE

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

Sede Neiva, Cll. 18a No. 8a – 29 Segundo Piso, Campo Nuñez
Cel. 318 505 4810 - 313 474 0022 - Ofic. 608 867 6342

Sede Armenia.
Cel. 300 702 0999

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

LIFECARE SERVICE

Comprometidos con sus necesidades

4441

HACE CONSTAR QUE:

MONICA ESTELLA CEDEÑO PERDOMO

C.C 1084867383 DE IQUIRA (HUILA)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES CON EL CURSO TALLER EN

ATENCION INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS DE VIOLENCIA Y ABUSO SEXUAL

Realizado los días 06 al 07 de JUNIO de 2025, con una intensidad de 20 horas.
CERTIFICACIÓN VIGENTE HASTA EL DÍA 07 DE JUNIO DE 2027.

DADO EN IQUIRA (HUILA) A LOS 07 DÍAS DEL MES DE JUNIO DE 2025

CESAR GERMÁN CASTAÑEDA
GERENTE

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

Sede Neiva, Cll. 18a No. 8a – 29 Segundo Piso, Campo Nuñez
Cel. 318 505 4810 - 313 474 0022 - Ofic. 608 867 6342

Sede Armenia.
Cel. 300 702 0999

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

LIFECARE
SERVICE

Comprometidos con sus necesidades

1474

HACE CONSTAR QUE:

MONICA ESTELLA CEDEÑO PERDOMO

C.C 1.084.867.383 *DE IQUIRA (HUILA)*

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES CON EL CURSO TALLER EN

FORMACION EN ATENCION PRE-HOSPITALARIA (APH)

Realizado los días 26 al 27 de JUNIO 2025, con una intensidad de 20 horas.
CERTIFICACIÓN VIGENTE HASTA EL DÍA 27 DE JUNIO 2027

DADO EN IQUIRA (HUILA) A LOS 27 DÍAS DEL MES DE JUNIO DE 2025

CESAR GERMÁN CASTAÑEDA
GERENTE

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

Sede Neiva, Cll. 18a No. 8a – 29 Segundo Piso, Campo Nuñez
Cel. 318 505 4810 - 313 474 0022 - Ofic. 608 867 6342

Sede Armenia.
Cel. 300 702 0999

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

LIFECARE
SERVICE

Comprometidos con sus necesidades

1475

HACE CONSTAR QUE:

MONICA ESTELLA CEDEÑO PERDOMO

C.C 1.084.867.383 *DE IQUIRA (HUILA)*

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES CON EL CURSO TALLER EN

PRIMEROS AUXILIOS

Realizado los días 28 de JUNIO al 01 de JULIO 2025, con una intensidad de 20 horas.
CERTIFICACIÓN VIGENTE HASTA EL DÍA 01 DE JULIO 2027

DADO EN IQUIRA (HUILA) A LOS 01 DÍAS DEL MES DE JULIO DE 2025

CESAR GERMÁN CASTAÑEDA
GERENTE

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

Sede Neiva, Cll. 18a No. 8a – 29 Segundo Piso, Campo Nuñez
Cel. 318 505 4810 - 313 474 0022 - Ofic. 608 867 6342

Sede Armenia.
Cel. 300 702 0999

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

LIFECARE
SERVICE

Comprometidos con sus necesidades

1476

HACE CONSTAR QUE:

MONICA ESTELLA CEDEÑO PERDOMO

C.C 1.084.867.383 *DE IQUIRA (HUILA)*

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES CON EL CURSO TALLER EN

FORMACION EN PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION (PAI)

Realizado los días 02 al 03 de JULIO 2025, con una intensidad de 20 horas.
CERTIFICACIÓN VIGENTE HASTA EL DÍA 03 DE JULIO 2027

DADO EN IQUIRA (HUILA) A LOS 03 DÍAS DEL MES DE JULIO DE 2025

CESAR GERMÁN CASTAÑEDA
GERENTE

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

Sede Neiva, Cll. 18a No. 8a – 29 Segundo Piso, Campo Nuñez
Cel. 318 505 4810 - 313 474 0022 - Ofic. 608 867 6342

Sede Armenia.
Cel. 300 702 0999

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

LIFECARE
SERVICE

Comprometidos con sus necesidades

1477

HACE CONSTAR QUE:

MONICA ESTELLA CEDEÑO PERDOMO

C.C 1.084.867.383 *DE IQUIRA (HUILA)*

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES CON EL CURSO TALLER EN

TRANSPORTE DE MUESTRAS DE CITOLOGIA

Realizado los días 04 al 05 de JULIO 2025, con una intensidad de 20 horas.
CERTIFICACIÓN VIGENTE HASTA EL DÍA 05 DE JULIO 2027

DADO EN IQUIRA (HUILA) A LOS 05 DÍAS DEL MES DE JULIO DE 2025

CESAR GERMÁN CASTAÑEDA
GERENTE

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

Sede Neiva, Cll. 18a No. 8a – 29 Segundo Piso, Campo Nuñez
Cel. 318 505 4810 - 313 474 0022 - Ofic. 608 867 6342

Sede Armenia.
Cel. 300 702 0999

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

LIFECARE
SERVICE

Comprometidos con sus necesidades

1478

HACE CONSTAR QUE:

MONICA ESTELLA CEDEÑO PERDOMO

C.C 1.084.867.383 *DE IQUIRA (HUILA)*

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES CON EL CURSO TALLER EN

HUMANIZACION EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Realizado los días 07 al 08 de JULIO 2025, con una intensidad de 20 horas.
CERTIFICACIÓN VIGENTE HASTA EL DÍA 08 DE JULIO 2027

DADO EN IQUIRA (HUILA) A LOS 08 DÍAS DEL MES DE JULIO DE 2025

CESAR GERMÁN CASTAÑEDA
GERENTE

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

Sede Neiva, Cll. 18a No. 8a – 29 Segundo Piso, Campo Nuñez
Cel. 318 505 4810 - 313 474 0022 - Ofic. 608 867 6342

Sede Armenia.
Cel. 300 702 0999

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

LIFECARE
SERVICE

Comprometidos con sus necesidades

1479

HACE CONSTAR QUE:

MONICA ESTELLA CEDEÑO PERDOMO

C.C 1.084.867.383 *DE IQUIRA (HUILA)*

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES CON EL CURSO TALLER EN

SEGURIDAD DEL PACIENTE

Realizado los días 09 al 10 de JULIO 2025, con una intensidad de 20 horas.
CERTIFICACIÓN VIGENTE HASTA EL DÍA 10 DE JULIO 2027

DADO EN IQUIRA (HUILA) A LOS 10 DÍAS DEL MES DE JULIO DE 2025

CESAR GERMÁN CASTAÑEDA
GERENTE

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

Sede Neiva, Cll. 18a No. 8a – 29 Segundo Piso, Campo Nuñez
Cel. 318 505 4810 - 313 474 0022 - Ofic. 608 867 6342

Sede Armenia.
Cel. 300 702 0999

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

LIFECARE
SERVICE

Comprometidos con sus necesidades

4442

HACE CONSTAR QUE:

MONICA ESTELLA CEDEÑO PERDOMO

C.C 1084867383 DE IQUIRA (HUILA)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES CON EL CURSO TALLER EN

DIAGNOSTICO Y MANEJO CLÍNICO DEL DENGUE

Realizado los días 11 al 12 de JUNIO de 2025, con una intensidad de 20 horas.
CERTIFICACIÓN VIGENTE HASTA EL DÍA 12 DE JUNIO DE 2027.

DADO EN IQUIRA (HUILA) A LOS 12 DÍAS DEL MES DE JUNIO DE 2025

CESAR GERMÁN CASTAÑEDA
GERENTE

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

Sede Neiva, Cll. 18a No. 8a – 29 Segundo Piso, Campo Nuñez
Cel. 318 505 4810 - 313 474 0022 - Ofic. 608 867 6342

Sede Armenia.
Cel. 300 702 0999

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

1084867383

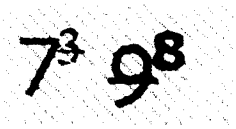
Primer Nombre

MONICA

Primer Apellido

CEDEÑO

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

9187

Resultado General -2025-07-10→5:05:10 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:
CC	1084867383	MONICA	ESTELLA	CEDEÑO	PERDOMO	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) MONICA ESTELLA CEDEÑO PERDOMO identificado(a) con CC 1084867383 registra La siguiente información:

2025-07-10→5:05:10 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	2009-07-30	1425	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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 10 de julio de 2025, a las 15:34:07, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1084867383
Código de Verificación	1084867383250710153407

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

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 275747494

PIB
15:38:44

Bogotá DC, 10 de julio del 2025

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) MONICA ESTELLA CEDEÑO PERDOMO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1084867383:

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

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamiento con el Ciudadano (C)

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 03:42:20 PM horas del 10/07/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1084867383**

Apellidos y Nombres: **CEDEÑO PERDOMO MONICA ESTELLA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

DIJIN

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

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

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, 11/07/2025 02:51:36 p. m. para **el Nº de Expediente o Comparendo:** Nº. **1084867383**

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. **119520589** . 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 Busqueda | Imprimir

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 16:35:17 horas del 10/07/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1084867383,** Apellidos y Nombres **CEDEÑO PERDOMO MONICA ESTELLA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE HOSPITA MARIA AUXILIADORA**, con NIT **891103968-1** 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

© 2025

Horario: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Teléfonos: 515 97 00 ext. 30552 (Bogotá D.C.) | 01 8000 112 712 (resto del país)
Correo: dijin.araic-atc@policia.gov.co
Web: www.policia.gov.co/dijin
Instagram: /dijinpolicia
Twitter: @DIJINPolicia

Presidencia de la República Ministerio de Defensa Nacional Colombia compra eficiente GOV.CO

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1084867383 **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 10/07/2025 04:26 PM

Código Verificación: **7XHQ635GWZ**

Válida hasta: **08/10/2025**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

DECLARACIÓN DE INHABILIDADES, INCOMPATIBILIDADES E INEXISTENCIAS DE CONFLICTOS DE INTERÉS

Iquira, 11 de Julio de 2025

Señores

E.S.E. HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA

IQUIRA - HUILA

Certifico bajo la gravedad de Juramento YO, Monica Cedeño P., mayor de edad, natural de Iquira, Identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 1.084867383 de Iquira, CERTIFICO: Bajo la gravedad del juramento que se entiende con la mera presentación de este escrito, que no me encuentro incurso en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidades para contratar con el Estado Colombiano, de acuerdo al artículo 8 y 9 de la ley 80 de 1993, artículo 127 de la Constitución Nacional, artículo 18 de la Ley 1150 del 2007 y demás normas aplicables para contratar con el Estado y por consiguiente, con la E.S.E. Hospital María Auxiliadora de Iquira (H).

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

Atentamente,

C.C. No. 1.084 867 383

SALIR INICIO

gente cuidando gente

EPS EN LÍNEA SERVICIOS EN LÍNEA

Afiliado POS
Empleador
IPS

NT 891103968 E.S.E. HOSPITAL MARIA AUXILIADORA DE IQUIRA

- Consulta del Estado de Afiliación

Autorizaciones

Servicio al Cliente

Contáctenos
Sugerencias
Felicitaciones
Quejas o reclamos

- EL AFILIADO SE ENCUENTRA EN EL LISTADO DE IPS PRIMARIA

Fecha/Hora Consulta:	10/07/2025 16:44:41
Tipo Identificación:	CC
Identificación:	1084867383
Nombre Usuario:	MONICA ESTELLA CEDEÑO PERDOMO
Estado Afiliación Usuario:	ACTIVO
Fecha Nacimiento:	23/04/1990
Edad:	35
Sexo:	F
Dirección Residencia:	KR 7 1 28 CA JARDIN
Departamento:	HUILA
Municipio:	IQUIRA
Teléfono:	8394547
Tipo Afiliado:	CABEZA DE FAMILIA
Categoría Afiliado:	A
Semanas Cotizadas:	155
IPS Primaria:	E.S.E. HOSPITAL MARIA AUXILIADORA DE IQUIRA

RETORNAR

Autorizaciones Web v2024/07/05.1

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CEDEÑO PERDOMO MONICA ESTELLA** identificado(a) con **CC** número **1.084.867.383** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 23 de octubre de 2009 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 10 de julio de 2025.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/**

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Hacienda

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

El usuario mencionado a continuación registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales. La información aquí proporcionada es verídica y se registra conforme a los datos suministrados.

Datos del empleador			
Nombres y apellidos o Razón Social	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MARIA AUXILIADORA		
Tipo de documento de identificación	NI	**Número de documento de identificación**	891103968
Datos del trabajador			
Tipo documento y número de identificación	CC 1084867383	**Nombres y apellidos**	MONICA ESTELLA CEDEÑO PERDOMO
Fecha de afiliación	2025-08-02	**Estado de afiliación**	Activo
Fecha de inicio cobertura	2025-08-02	**Tipo de vinculación**	Independiente
Clase de riesgo	3	**Fecha de retiro**	

Esta certificación se expide a los 30 días del mes de agosto del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades

Certificación Bancaria

Martes, 27 de mayo de 2025

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que MONICA ESTELLA CEDEÑO PERDOMO identificado(a) con CC 1084867383, 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 Ahorros / A la mano	45416914919	2013-12-09	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 solicitara sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electronico. En caso de recibir alguno, reportelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

DIAN
POR UNA COLOMBIA MAS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14721193588

(415)7707212489984(8020) 000014721193588 8

5. Número de identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Neiva	14. Buzón electrónico
1 0 8 4 8 6 7 3 8 3	3	1 3	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 8 4 8 6 7 3 8 3	2 0 0 8 0 5 0 2

Lugar de expedición 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Huila 4 1	Iquira 3 5 7

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CEDEÑO	PERDOMO	MONICA	ESTELLA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Huila 4 1	Iquira 3 5 7

41. Dirección principal: CR 7 1 28 BRR JARDIN

42. Correo electrónico: monikcede23@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 1 5 8 7 1 2 8 6	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 0 9 1 0 1 9	8 2 9 9	2 0 2 0 0 1 0 1	8 6 9 9		5 1 3 2	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 4 9

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

54. Código

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2021 - 09 - 29 / 09 : 57: 33

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

964. Nombre: CEDEÑO PERDOMO MONICA ESTELLA
965. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 29-09-2021 09:57:45AM

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2025-07-30 10:48

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
MONICA	STELLA	CEDEÑO	PERDOMO

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1084867383

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	HUILA	Municipio	ÍQUIRA

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	HUILA	Municipio	ÍQUIRA

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	HOSPITAL MARIA AUXILIADORA - IQUIRA

Lugar de sede					
País	COLOMBIA	Departamento	HUILA	Municipio	ÍQUIRA
Dirección	["CALLE 2 No. 6-16"]				
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA				

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2024 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$15.600.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$15.600.000,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$31.200.000,00

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$300.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
MUEBLE	COLOMBIA	HUILA	ÍQUIRA	$5.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
TARJETA DE CREDITO	$400.000,00

1.2. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

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 [X]

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 [X]

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

HEPATITIS B

	Dosis	Fecha de Aplicación	Lote No.	Firma
1	X	03 NOV 2017	1484030.01	MPO
2	X	04-12-17	1431030.01	MPO
3				

INFLUENZA

	Dosis	Fecha de Aplicación	Lote No.	Firma
1				

VARICELA

	Dosis	Fecha de Aplicación	Lote No.	Firma
1				
2				

Biotoscana
Colombia



Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Monica Stella

Apellidos: Cedeño Perdomo

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1084867383

Fecha de Nacimiento: Día 23 Mes 04 Año 1990

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	16-03-12	024L911CV/12-12	
	2	27-04-12	024L911CV/12-12	
	3	14-12-12	024L917DV/12-12	
	4	24-01-14	024B100SB V/14-8	
	5	6-02-15	D22962 V/12-17	
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	Unica	9-8-05	UV401CF	
Contra Influenza	29-7-14	14105011 V/14-05		
Virus de Papiloma Humano				
HA	Unica	9-4-14	AHVB571AS	

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Monica

Apellidos: Cedeño Perdomo

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro cuál:

No. 1084867383

Fecha de nacimiento: Día 23 Mes 04 Año 1990

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	4-3-21	Sinovac	2021 010044	ESE Hospital MARIA Auxiliadora	Yuly Cardina Quibano A.	1079219507
	2		Coronavac Sinovac	2021 0212	ESE Hospital M. Auxiliadora	Carolina Zuñiga Perez	1084866805
		17-12 2021	Moderna	005H21A	ESE Hospital M. Aux	Carolina Zuñiga	1084866805

DAVID RAMOS MORENO

MEDICO Y CIRUJANO ESPECIALISTA EN
SALUD FAMILIAR INTEGRAL

Cra 9 Nº 11-13 C-307 Centro Medico La Sabana Celular: 312 411 18 94
NIT. 12.132.591-1 Codigo de Prestador: 4100101349 Registro Medico: 137-97

CERTIFICADO MEDICO

EXAMEN DE INGRESO LABORAL

PREEMPLEO XX PERIODICO ___ RETIRO ___

DEPARTAMENTO: HUILA CIUDAD: NEIVA

FECHA		
DIA	MES	AÑO
21	**07**	**2025**

IDENTIFICACION

APELLIDOS:	NOMBRES:	FECHA DE NACIMIENTO			EDAD	SEXO	ESTADO CIVIL
		DIA	MES	AÑO			
CEDEÑO PERDOMO	**MONICA STELLA**	23	4	1990	35 AÑOS	M ___ F _X_	SOLTERO VIUDO _SEPARADO _ CASADO __U. LIBRE XX_

DIRECCION: CRA 7 No 1-28	**TELEFONO:** **3115871286**	**BARRIO:** BARRIO JARDIN	**CIUDAD:** IQUIRA	SERVICIO MILITAR SI __ NO XX
CARGO ACTUAL CONTRATISTA	ESCOLARIDAD PRIMARIA____ SECUNDARIA____ TECNOLOGIA X__ UNIVERSITARIA____ POSGRADOS____ NINGUNO____			**TITULO OBTENIDO** AUXLIAR DE ENFERMERIA
IDENTIFICACION **No.** **1.084.867.383**				
ADIESTRAMIENTO CONTRATISTA				

ANTECEDENTES OCUPACIONALES CON OTRAS EMPRESAS

OFICIOS ANTERIORES	ENTIDAD	RIESGOS	TIEMP. EXPOSICION
CONTRATISTA			

ANTECEDENTES PATOLOGICOS

COD	ENFERMEDAD	P	F	COD	ENFERMEDAD	P	F	COD	ENFERMEDAD	P	F
1				6				11			
2				7				12			
3				8				13			
4				9				14			
5				10				15			

EXPLIQUE CITANDO CODIGO:

NO REFIERE ENFERMEDADES HEREDITARIA Y/O CRONICAS PRESENTES. NO ALERGIAS.
NO ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS. NI ENFERMEDADES HUERFANAS PRESENTES.

DROGA O TRATAMIENTO: SI ___NO X_ ¿CUÁL?

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

MENARCA _12 AÑOS_ CICLOS _ 30 X 5_ F.U.M_19/07/25_ F.U.P_15/10/2012_ULTIMA CITOLOGIA: 10/05/24
PLANIFICACION: __SI _¿ CUÁL? _INYECTABLE SD G 2 P 2 C 0 A 0 M 0

ANTECEDENTES TRAUMATICOS Y COMUNES

NATURALEZA DE LA LESION	TIEMPO DE OCURRENCIA	SECUELAS

HABITOS

TABAQUISMO ___NO_____FARMACODEPENDENCIA_____NO_____
ALCOHOLISMO_____OCASIONAL_____ ALIMENTICIOS_____NO_____
DEPORTES____SI_____OTRAS ACTIVIDADES _____NO_____

AREA PSICOSOCIAL

AREA LABORAL	E	B	R	D	M	AREA SOCIAL	E	B	R	D	M
RELACION CON: SUBALTERNOS IGUALES SUPERIORES DIFICULTADES: _NO_____	X					GRADO DE SATISFACCION DIFICULTADES: ___NO_____	X				
AREA FAMILIAR	**E**	**B**	**R**	**D**	**M**	**AREA PERSONAL**	**E**	**B**	**R**	**D**	**M**
GRADO DE SATISF. DIFICULTADES: _NO_____	X					DIFICULTADES: __NO_____	X				
AREA EDUCACION:	**E**	**B**	**R**	**D**	**M**	**AREA SEXUAL**	**E**	**B**	**R**	**D**	**M**
GRADO DE SATISF. DIFICULTADES: _NO_____						DIFICULTADES: ___NO_____	X				

EXAMEN MEDICO

PESO 59 KG TALLA 1.60 CM F.C 70 F.R 16
TA (M.S.D) 100 TA (M.S.I) 60 T° 36.2 C DIESTRO: XX

VALORACION POR SISTEMA (ESTATICA Y DINAMICA)

COD	ANATOMIA		N	A	
1	CABEZA	CRANEO	OK		
		CARA	OK		
2	OJOS	ANATOMIA	OK		
		FUNCIONALIDAD	OK		
		AGUDEZA VISUAL	OK		
	ORL		OK		
3	OIDOS	ANATOMIA	OK		
		FUNCIONALIDAD	OK		
		AGUDEZA AUDITIVA	OK		
4	NARIZ	ANATOMIA	OK		
		FUNCIONALIDAD	OK		
5	BOCA	ANATOMIA	OK		
		FUNCIONALIDAD	OK		
6	CUELLO	ANATOMIA	OK		
		FUNCIONALIDAD	OK		
7	TORAX	PULMONES	OK		
		CORAZON	OK		
		MAMAS	OK		
8	GASTROINTESTINAL		OK		
9	GENITO URINARIO	EXTERNOS			
		INTERNOS			
		PROSTATA (TR)			
		CITOLOGIA			
10	OSTEO MUSCULAR Y ARTICULAR	CABEZA Y CUELLO	OK		
		TORAX	OK		
		ABDOMEN	OK		
		COLUMNA VERTEBRAL	OK		
		EXTREMIDADES SUP	OK		
		EXTREMIDADES INF	OK		
11	VASCULAR		OK		
12	NEUROLOGICO		OK		
13	PIEL Y ANEXOS			OK	

VISION 20/20. AUDICION BILATERAL CONSERVADA. FISIOCORPORAL SIMETRICO. NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO. CICATRIZ QUIRURGICA

RECOMENDACIONES

REMITIR _____ SI __ NO _X_ A: _____
OTRAS:
CONTROL PERIODICO OCUPACIONAL: __SI__ H I G I E N E POSTURAL: __SI_____
USO EPP: _SI_____ USO DE AYUDAS ERGONOMICAS: __SI____
HABITOS Y ESTILOS DE VIDA: DIETA: SI EJERCICIO REGULAR: _SI_ NO FUMAR: _____ REDUCIR ALCOHOL: ___
MANEJO POR EPS/ARP
CONTROL P Y P EPS: ____
REMISION EPS: ____
CONTINUAR MANEJO MEDICO: _____ MANTENIMIENTO DE LA SALUD POR LA EPS: NUEVA EPS

PARA EL INGRESO: _____ **APTO** _SI_____ NO APTO _____ APLAZADO _____

MEDICO EXAMINADOR:			TRABAJADOR	
DAVID RAMOS MORENO		137/97		1.058.667.383
NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA	REGISTRO M. D	FIRMA	C.C.

CONTROLES