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
VARGAS	CORONAD	ANA MARIA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No 26516131	F ⊗ M ○ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 06 MES 07 AÑO 1984

PAÍS COLOMBIA

DEPTO HUILA

MUNICIPIO ÍQUIRA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 1C 08 29 LOS PITUFOS

PAÍS COLOMBIA DEPTO HUILA

MUNICIPIO ÍQUIRA

TELÉFONO 3223806048 EMAIL shaxiodam1630@gmail.com

2 FORMACION 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	10	AÑO	2002

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

3 EDUCACION 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 ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MARIA AUXILIADORA - IQUIRA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* IQUIRA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	08	*Año*	2024	*Día*	28	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* 4505 Y AUXILIAR DE ENFERMERIA						*DIRECCIÓN* CALLE 2 6 16					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SAVITRA SINDICATO DE GREMIO			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* IQUIRA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3115104318	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	03	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AUXILIAR DE ENFERMERIA						*DIRECCIÓN* CALLE 7 17 57					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MARIA AUXILIADORA - IQUIRA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* ÍQUIRA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8394548	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	03	*Mes*	01	*Año* 2017	*Día*	30	*Mes*	10	*Año*	2017	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* 4505 Y AUXILIAR DE ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* CALLE 2A 6 16						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MARIA AUXILIADORA - IQUIRA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* ÍQUIRA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8394548	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	23	*Mes*	06	*Año* 2015	*Día*	22	*Mes*	11	*Año*	2015	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1347 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* 4505 Y AUXILIAR DE ENFERMERIA					*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	1	7
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

8 FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO 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 IQUIRA (H), 12 JULIO 2025

ANA MARÍA VARGAS C.

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.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

26.516.131

NUMERO

VARGAS CORONADO

APELLIDOS

ANA MARIA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-JUL-1984**

IQUIRA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.51	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

21-ENE-2003 IQUIRA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

P-1904800-50120001-F-0026516131-20040120 03365[illegible] 137270254

GOBERNACION DEL HUILA

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL



Nombres ANA MARIA

Apellidos VARGAS CORONADO

Documento CC 26516131
de IQUIRA

Resolucion Autorizacion: 1723

Fecha: 26/09/2014

SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD - HUILA

LA SECRETARIA DE SALUD DEL HUILA

HACE CONSTAR

Que: ANA MARIA VARGAS CORONADO

ha cumplido con los requisitos legales para ejecer como

TECNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERIA

CARLOS DANIEL MAZABEL CORDOBA
Secretario de Salud

LUZ AMPARO SOLANO ANDRADE
Profesional Universitario

ANA MARÍA VARGAS C.

Codigo de Verificacion: WTEF5SWR7JU 26/11/2014

GOBERNACION DEL HUILA
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

RESOLUCIÓN No 1723 del 26/09/2014
Por la cual se concede una Autorización para el Ejercicio de la Ocupación

LA SECRETARIA 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 ANA MARIA VARGAS CORONADO, con Cédula de Ciudadania No. 26516131 expedida en IQUIRA, solicitó ante esta Secretaría la autorización para ejercer como TECNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERIA.

Que presentó el certificado de estudios otorgado por INSTITUCIÓN EDUCATIVA ATANASIO GIRARDOT, en NEIVA, 13/09/2014.

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO: Autorizar a ANA MARIA VARGAS CORONADO, con Cédula de Ciudadanía No. 26516131 expedida en IQUIRA, para ejercer como TECNICO LABORAL EN 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 Secretaria 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.

COMUNIQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Neiva (Huila), el 26/09/2014

CARLOS DANIEL MAZABEL CÓRDOBA
Secretario de Salud

Código de verificación: WTEF5SWR7JU

Para verificar la autenticidad de la presente resolucion, debera ingresar a registroprofesionales.huila.gov.co/consulta.html al servicio "Consultar resolucion autorizacion"

1/10/2014

EL TECNICO OPERATIVO DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DE IQUIRA HUILA

CERTIFICA:

Que la Señora ANA MARIA VARGAS CORONADO, Identificada con la cédula de ciudadanía número 26.516.131 Expedida en Iquira, presto los servicios como Auxiliar de Enfermería en el programa PIC por la modalidad de Orden de prestación de servicios a partir del 23 de Junio de 2015 hasta el 22 de Noviembre de 2015.

La presente Certificación se expide a solicitud verbal de la Interesada.

Dada en Iquira Huila, a los veinticinco (25) días del mes de Febrero del dos mil diez y seis (2016).

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

EL TECNICO OPERATIVO DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DE IQUIRA HUILA

CERTIFICA:

Que la Señora ANA MARIA VARGAS CORONADO, Identificada con la cédula de ciudadanía número 26.516.131 Expedida en Iquira, presto los servicios como Auxiliar de Enfermería en las áreas de urgencias, hospitalización y sala de partos a partir del 3 de Enero de 2017 hasta el 30 de Octubre de 2017.

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

Dada en Iquira Huila a los diez y seis (16) días del mes de Enero del dos mil diez y ocho (2018).

Atentamente,

ALIRIO BRAND CEDEÑO
Técnico Operativo

Calle 25. No. 5-16
Telefonos (098) 839-5485, (098) 8394765 Telefax (098) 8394547
E-mail: hmaiquira@yahoo.es
Iquira - Huila

NIT: 900.463.574-7

CERTIFICA

Que el (la) Señor(a) **ANA MARIA VARGAS CORONADO**, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 26.516.131 de Iquira - Huila, es afiliado(a) del Sindicato de Gremio; según su perfil de **AUXILIAR DE ENFERMERIA,** actuando como Afiliado(a) Participe desarrollo procesos desde el primero (01) de Marzo de 2024 hasta el treinta y uno (31) de Mayo de 2024, en Estrategia Atención Primaria en Salud – APS, en cumplimiento de Contrato Sindical celebrados entre **SAVITRA SINDICATO DE GREMIO** y la **E.S.E Hospital Maria Auxiliadora de Iquira.**

Dada a los un (01) días del mes de Agosto de Dos mil veinticuatro (2024) a solicitud del interesado(a).

Atentamente,

SAVITRA RECURSO HUMANO

LEONOR IVETT QUINTERO TRUJILLO
Coordinadora General Recurso Humano

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

CERTIFICA:

Que la señora ANA MARIA VARGAS CORONADO identificada con cédula de ciudadanía N°26.516.131 del Municipio de Iquira,- Departamento del Huila, ha suscrito el siguiente contrato de prestación de servicios con la E.S.E. HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DE ÍQUIRA- HUILA, durante la vigencia 2024, así:

N° CONTRATO	OBJETO	TIEMPO DE EJECUCIÓN
146-2024	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA DEL PROGRAMA DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD, EN LA EJECUCIÓN DE LOS RECURSOS DE LA RESOLUCIÓN 1212 DE 2024 EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, EN LA ESE HOSPITAL MARIA AUXILIADORA DE IQUIRA-HUILA.	DESDE EL 15 DE AGOSTO DE 2024 HASTA EL 28 DE DICIEMBRE DE 2024.

La presente certificación se firma en el despacho de la Gerente de la Empresa Social del Hospital María Auxiliadora de Iquira - Huila a los cuatro (05) días del mes de febrero del año dos mil veinticinco (2025), a solicitud de la interesada.

DIANA MARCELA OROZCO MEÑACA
Gerente

La República de Colombia

y en su nombre el

Colegio Municipal "María Auxiliadora"

Aprobado por la Secretaría de Educación del Departamento del Huila,
según Resolución No. 001608 del 10 de Octubre de 2000

MARIA AUXILIADORA

Confiere a:

Ana María Vargas Coronado

T.I. 1840706-01418 de Iquira-Huila

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica, según los planes y programas vigentes.

Dado en Iquira - Huila, el 29 de noviembre de 2002

Acta General de Graduación

No 23 Libro 01 Folio 49 del 29 de noviembre de 2002

Rectora

Secretaria

Acta de Grado

Colegio Municipal "Maria Auxiliadora"
Insc. Dane: 1 41 357 00001 0
Aprobado por la Secretaría de Educación del Departamento del Huila,
Según Resolución No. 001608 del 10 de Octubre de 2000.

Con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de Grado Once (11°), se reunieron el Rector y Secretaria en la Rectoría del Plantel, institución aprobada oficialmente como aparece en esta Acta y autorizada para otorgar el Título de Bachiller.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media y de acuerdo con los conceptos emitidos por la Comisión de Promoción, se procedió a otorgar el Título de:

Bachiller Académico

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

Ana María Vargas Coronado
T.I. 840706-01418 de Iquira-Huila

Es fiel copia tomada del Acta General de Graduación No. 23 del 29 de noviembre de 2002 que consta de 46 alumnos graduados, y comienza con el nombre de Adriana Perdomo Montealegre y cierra con el nombre de Yuly Alexandra Velásquez

Firmada por:

Luz Alba Yustres Tovar, C.C. 36.170.059 de Neiva, Rectora Y
Fanny Tamayo Martinezz C.C. No. 26.514.854 de Iquira (H), Secretaria

Iquira (H), 29 de noviembre de 2002

Rector (a)

Secretaria (o)

Institución Educativa Atanasio Girardot

Reconocimiento Oficial Decreto Municipal 490, 793 de 2003 y Resolución 340 de 2014

El Rector

Certifica Que:

Ana María Vargas Coronado

C.C. 26.516.131 de Iquira (H)

Curso y aprobó los estudios programados por la Institución y cumplió los requisitos exigidos por la ley con una intensidad horaria de 1.800 horas le confiere el certificado de aptitud ocupacional por competencias laborales como:

Técnico Laboral Auxiliar en Enfermería

José Ariel Espitia Camargo
Rector

Acta General de Graduación 044 Anotado al Folio 46 del Libro de registro de Diplomas No. 001
Dado en Neiva (Huila) a los 13 días del mes de septiembre de 2014

Institución Educativa Atanasio Girardot

Acta de Certificación

La Institución Educatiya Atanasio Girardot. Reconocimiento Oficial Decreto Municipal 490, 793 de 2003 y Resolución 340 de 2014, en atención que el estudiante

Ana María Vargas Coronado

C.C. 26.516.131 de Iquira (H)

Curso y aprobó los estudios programados por la Institución y cumplió los requisitos exigidos por la Ley con una intensidad horaria de 1.800 horas le confiere el certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias laborales como:

Técnico Laboral Auxiliar en Enfermería

JOSE ARIEL ESPITIA CAMARGO
Rector

Acta General de Graduación 044 Anotado al Folio 46 del Libro de registro de Diplomas No. 001
Dado en Neiva (Huila) a los 13 días del mes de septiembre de 2014

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

ANA MARIA VARGAS CORONADO

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 26.516.131

Asistió al Curso de:

SOPORTE VITAL BÁSICO (BLS)

Con una intensidad horaria de 45 Horas.

ESTE CERTIFICADO ES EXPENDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 25 DÍAS DEL MES DE ENERO DEL 2024.
VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACION DE ASISTENCIA ES DE DOS AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL

Dancy Sidney Monje Perez
REPRESENTANTE LEGAL

LA PRESENTE CERTIFICACION NO EXPIDE NINGUN TITULO NORMATIVO PARA LA EDUCACION INFORMAL Y NO CORresponde A TITULO DE GRADO O CERTIFICACION DE APTITUD OCUPACIONAL SEGUN EL DECRETO 2106 DE 1995 PARA LA EDUCACION INFORMAL, MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL DECRETO 3759 DEL 2003 ESTANDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACION CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD. PARA VALIDACION DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRONICO ACADEMICO@IMAVSS.COM ESCANEAR EL CODIGO QR O COMUNICARSE A NUESTRA LINEA DE ATENCION 321 405 9588

Powered by CamS

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

ANA MARIA VARGAS CORONADO

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 26.516.131

Asistió al Curso de:

ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE LA VIOLENCIA Y EL ABUSO SEXUAL CON ENFOQUE DIFERENCIAL (AVS)

Con una intensidad horaria de 45 Horas.

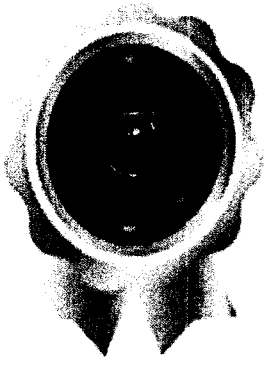
ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 23 DÍAS DEL MES DE ENERO DEL 2025.
VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL

Dancy Sidney Monje Perez
REPRESENTANTE LEGAL

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE RESPONDIENTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL, MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 370 DEL 2022 ESTANDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO [illegible] ESCANEAR EL CÓDIGO QR O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 321 [illegible]

Powered by CamScanner



IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

ANA MARIA VARGAS CORONADO

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 26.516.131

Asistió al Curso de:

TOMA CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO (TML)

Con una intensidad horaria de 45 Horas.

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 22 DÍAS DEL MES DE ENERO DEL 2025.
VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL

Dancy Sidney Monje Perez
REPRESENTANTE LEGAL

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN NO EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO O AL GRADO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL, MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 376 DEL 2021 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO [illegible] ESCANEAR EL CÓDIGO QR O COMUNÍCARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 321 405 0000

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

ANA MARIA VARGAS CORONADO

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 26.516.131

Asistió al Curso de:

ATENCIÓN PRE - HOSPITALARIA (APH)

Con una intensidad horaria de 45 Horas.

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 13 DÍAS DEL MES DE ENERO DEL 2025.
VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL

Dancy Sidney Monje Perez
REPRESENTANTE LEGAL

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL
DECRETO 2101 DE 1991 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL, MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 316 DEL 2022 ESTANDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO [illegible] ESCANEAR EL CÓDIGO QR O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN [illegible]

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

ANA MARIA VARGAS CORONADO

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 26.516.131

Asistió al Curso de:

PRIMEROS AUXILIOS (PA)

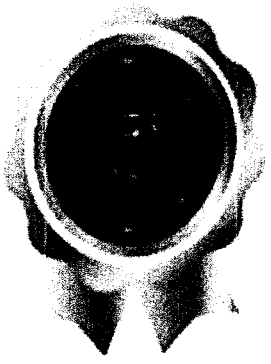
Con una intensidad horaria de 45 Horas.

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 14 DÍAS DEL MES DE ENERO DEL 2025.
VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL

Dancy Sidney Monje Perez
REPRESENTANTE LEGAL

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO AL GRADO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL, MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 319 DEL 2021 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO [illegible] ESCANEAR EL CÓDIGO QR O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 321 [illegible]



IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

ANA MARIA VARGAS CORONADO

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 26.516.131

Asistió al Curso de:

PROGRAMA AMPLIO DE INMUNIZACIONES (PAI)

Con una intensidad horaria de 45 Horas.

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 17 DÍAS DEL MES DE ENERO DEL 2025.
VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACION DE ESTA.

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL

Dancy Sidney Monje Perez
REPRESENTANTE LEGAL

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO NI PASO O CERTIFICACIÓN DE APTITUDES OCUPACIONALES
DECRETO 2188 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL, MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 376 DEL 2021 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO ACADEMICO@IMAVES.COM, ESCANEAR EL CÓDIGO QR O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 321 406 9886

HACE CONSTAR QUE :

ANA MARIA VARGAS CORONADO

C.C 26.516.131

Aprobó el Curso

TOMA Y TRANSPORTE DE CITOLOGIA CERVICO-UTERINA

Realizado los días 20 y 21 de Julio de 2024 con una intensidad de 20 horas

En constancia a lo anterior se firma en Neiva (H) a los veintiún (21) días del mes de Julio de dos mil veinticuatro (2024) EV Julio 2026

ENOC NOSCUE MONTEALEGRE
Coordinador operativo
e-mail eremergencyservices@gmail.com
Calle 15 N°4-46 Neiva - Huila
3208646743-3162110303

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

ANA MARIA VARGAS CORONADO

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 26.516.131

Asistió al Curso de:

HUMANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD (HSS)

Con una intensidad horaria de 45 Horas.

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 15 DÍAS DEL MES DE ENERO DEL 2025.
VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL

Dancy Sidney Monje Perez
REPRESENTANTE LEGAL

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL, MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 370 DEL 2021 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO [illegible] ESCANEAR EL CÓDIGO QR O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN [illegible]

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 *

26516131

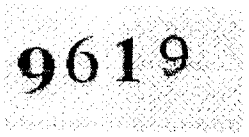
Primer Nombre

ANA

Primer Apellido

VARGAS

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

7620

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2025-07-12→11:05:43 AM -2025-07-12→12:01:50 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificació
CC	26516131	ANA	MARIA	VARGAS	CORONADO	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) ANA MARIA VARGAS CORONADQ identificado(a) con CC 26516131 registra La siguiente información:

2025-07-12→12:01:50 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	2014-09-26	1723	GOBERNACION DEL HUILA - SECRETARIA DI SALUD DEPARTAMENTA

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio

nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

SISPRO

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

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

Contacto

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

Terminos y condiciones

CERTIFICADO PERSONA NATURAL NO DECLARANTE DEL IMPUESTO DE RENTA Y COMPLEMENTARIO 2.025

Iquira, 12 de JULIO de 2025

Señores

E.S.E. HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA
Calle 2 No. 6-16
Iquira – Huila

Yo, ANA MARÍA VARGAS Co, identificado(a) con Cédula de ciudadanía No. 26516131 de IQUIRA, con domicilio en IQUIRA, manifiesto que NO estoy obligado a presentar declaración del impuesto sobre la renta y complementario por el año gravable 2.024, debido a que:

1. NO soy responsable del impuesto a la venta –IVA-.
2. NO obtuve ingresos brutos superiores a CINCUENTA Y NUEVE MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS PESO M/CTE ($59.376.500), durante la vigencia 2.024.
3. NO poseía un patrimonio bruto a diciembre 31 de 2.024 superior a CIENTO NOVENTA MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL PESOS M/CTE ($190.854.000).
4. NO tuve consumos con tarjeta de crédito, compras y egresos totales, así como no tuve movimientos bancarios durante el 2024, por un valor superior a CINCUENTA Y NUEVE MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE ($59.376.500), durante la vigencia 2.024.

A continuación, relaciono datos de interés y la información de las personas a cargo:

NOMBRE	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
SHARICK YERENIA RIVERA VARGAS	1077723773	HIJA
JHANNA XIOMARA PEREZ VARGAS	1029883699	HIJA
DAMIAN FERNANDO PEREZ VARGAS	1084870336	HIJO

Actividad económica (registrada en el RUT):

ANA MARÍA VARGAS Co

CC. No. 26516131.

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	2025-07-14 17:13

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ANA		VARGAS	

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	26516131

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	$0,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$0,00

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	$7.500,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
0	COLOMBIA	HUILA	ÍQUIRA	$0,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
NO	$0,00

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:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 275880222

PIB
19:50:37

Bogotá DC, 11 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) ANA MARIA VARGAS CORONADO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 26516131.

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.

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:16:29 AM horas del 12/07/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **26516131**

Apellidos y Nombres: **VARGAS CORONADO ANA MARIA**

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

Todos los derechos reservados.

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 08:38:00 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **26516131** y Nombre: **ANA MARIA VARGAS CORONADO.**

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. **119547738** . 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 20:42:01 horas del 11/07/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **26516131,**
Apellidos y Nombres **VARGAS CORONADO ANA MARIA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **E.S.E HOSPITAL MARIA AUXILIADORA DE IQUIRA**, 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.

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

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 26516131 **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 12/07/2025 09:25 AM

Código Verificación: **FB13PXKSJ6**

Válida hasta: **10/10/2025**

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, 12 de Julio de 2025

Señores

E.S.E. HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA

IQUIRA - HUILA

Certifico bajo la gravedad de Juramento YO, ANA MARÍA VARGAS CORONADO, mayor de edad, natural de IQUIRA (HUILA), Identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 26516131 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,

ANA MARÍA VARGAS C.

C.C. No. 26516131.

- Consulta del Estado de Afiliación

  - LA IPS CONSULTANTE NO ES LA IPS PRIMARIA DEL AFILIADO, NI CAPITADORA

Fecha/Hora Consulta:	12/07/2025 10:37:14
Tipo Identificación:	CC
Identificación:	26516131
Nombre Usuario:	ANA MARIA VARGAS CORONADO
Estado Afiliación Usuario:	ACTIVO
Fecha Nacimiento:	06/07/1984
Edad:	41
Sexo:	F
Dirección Residencia:	CL 1C N 8 29
Departamento:	HUILA
Municipio:	IQUIRA
Teléfono:	3106193449
Tipo Afiliado:	Beneficiario
Categoria Afiliado:	SISBEN-1
Semanas Cotizadas:	
IPS Primaria:	SUBSIDIADO-EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MARIA AUXILIADORA

RETORNAR

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ANA MARIA VARGAS CORONADO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **26.516.131**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 15 de Julio del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

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 26516131	**Nombres y apellidos**	ANA MARIA VARGAS CORONADO
Fecha de afiliación	2025-09-08	**Estado de afiliación**	**Activo**
Fecha de inicio cobertura	2025-09-08	**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

Nequi

(+57) 300 600 0100
Carrera 48 # 26 - 85
Medellin Colombia
www.nequi.com.co

Certificado de depósito de bajo monto

Viernes, 28 de marzo de 2025

A quien pueda interesar

Nos permitimos informar que ANA MARIA VARGAS CORONADO identificado con cédula de ciudadanía 26516131, al día de hoy es titular de un depósito de bajo monto con las siguientes características:

Número de Depósito Nequi	Número de producto interno	Estado	Fecha de apertura
3223806048	87076711876	ACTIVA	28-03-2025

Para pagos desde empresas y nómina el código de Nequi en ACH Colombia es 1507.

Un saludo
Equipo Nequi

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141190932663

(415)7707212489984(8020) 000014119093266 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
2 6 5 1 6 1 3 1	7	Impuestos y Aduanas de Neiva	1 3	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	2 6 5 1 6 1 3 1	

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
VARGAS	CORONADO	ANA	MARIA

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: CL 1 C 08 29

42. Correo electrónico: shaxiodam1630@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 2 3 8 0 6 0 4 8	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica						Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha Inicio actividad	48. Código	49. Fecha Inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 9	2 0 1 4 0 9 2 6						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 2 0																									

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros																				Exportadores					
54. Código	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
																							57. Modo			
																							58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI ☐ NO ☐ 60. No. de Folios: ☐

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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre

985. Cargo

Fecha generación documento PDF: 12-07-2025 09:44:36AM

IPS MASSALUD SAS
Prestador: 41001143801
Dirección: Cl 17 6-52 Quirinal Neiva Huila
Teléfono: 8642201-8718978 -3154115583
E Mail: massaludips@hotmail.com

IPS Massalud 928

CONTROL DE EXAMENES Y RECOMENDACIONES LABORALES

PCA-FO-010 VERSION 8

USUARIO: Ana M. Vargas Coronado N° DOCUMENTO: 26516131 FECHA DE EXAMEN: 29-01-24 EMPRESA: Saviroa

Apreciado usuario: A continuación, encontrará marcado con ☒ los exámenes que le han solicitado para la realización de la Evaluación médica Ocupacional; es importante que no se retire de la institución hasta no haber culminado cada uno de los exámenes solicitados, si existe alguno que no realicemos en nuestra sede le estaremos informando. Si tiene Toma de muestras de laboratorio, electrocardiograma, radiografías u otros exámenes que no es posible entregar el resultado una vez se realicen, es importante que regrese para informarle y registrarle el resultado. Atendiendo a la Resolución 2346 de 2007-Art. 12 Tramite resultante de la evaluación médica ocupacional, si el profesional que lo atiende le informa que requiere controles por EPS.

EXAMEN	RESULTADO			INTERPRETACIÓN	RECOMENDACIONES	REALIZADO/ OBSERVACIÓN HORA DE FINALIZACIÓN DEL EXAMEN:
Evaluación médica ocupacional ☐NO ☒SI ☐Pre ocupacional ☐ Periódica ☐ Egreso o Retiro ☐otro: _____ **Énfasis** ☐Osteomuscular ☐Mental ☒BPM- Alimentos ☐Alturas ☐Covid ☒Espacio confinado ☐Seguridad vial ☐Cardiovascular ☐Dermatológico ☐Biológico ☐Brigadista ☐Químico ☐Radiación ionizante ☐Vascular periférico ☐ Otro _____	Peso	42	Kg	☐Sin hallazgos ☐Con hallazgos	☒Sin restricciones para el cargo ☐Apto con recomendaciones ☐Con restricciones para el cargo ☐Aplazado ☐No cumple perfil del cargo RECOMENDACIONES GENERALES ☐ Solicite control por Medicina General ☐Récord presión arterial ☐Controles EPS programas promoción y prevención_____ ☐Valoración medicina laboral ☐Valoración por Especialistas en:_____ _____ ☐Control exámenes_____ ☐Atención ARL _____ ☐Seguimiento nutricional ☐Disminuir y mantener un peso adecuado: _____ ☐ Realice actividad física- Camine por lo menos 30 minutos, 3 veces a la semana. ☐Practique actividades de recreación y de relajación – Alimentación balanceada. ☐Abandono consumo cigarrillo ☐Disminuir consumo de alcohol ☐ Uso de medias con gradiente de presión OTRO: _____ ☐Desparasitación supervisada: Secnidazol tab 500mg # 4. Albendazol tab 200mg # 4. Escribir al número 3154115586 para solicitar resultados _____ ☐ Sin novedad para el retiro/satisfactorio ☐Control y seguimiento por EPS/ARL	
	Estatura	1.51	cm			
	Indice de masa corporal <19-24.9>		Kg/cm²	☐Sin hallazgos ☐Con hallazgos		
	Perímetro abdominal Mujer: Menor de 90cm Hombre: menor de 94cm	64	cm	☐Sin hallazgos ☐Con hallazgos		
	Frecuencia cardiaca <60-100 x minuto>Circunferencia cadera	80	X min			
	Frecuencia Respiratoria Relación cintura cadera Menor a 0.9	20	X min	☐Sin hallazgos ☐Con hallazgos		
	Temperatura	36.1	°	☐Sin hallazgos ☐Con hallazgos		
	Oximetría <95-100%>	96	%	☐Sin hallazgos ☐Con hallazgos		
	PA-Sistólica: Menor de 120mmhg	96		☐Sin hallazgos ☐Con hallazgos		
	PA-Diastólica: menor de 80mm/hg	58				
	Mano dominante					
	Cadera	86	cm			
LABORATORIO CLINICO Objetivo: De acuerdo al tipo de examen ☐NO ☒SI	☒ HEMOGRAMA, ☐FSP, ☐RETICULOCITOS _____ ☐ COLESTEROL TOTAL, ☐HDL, ☐LDL, ☐TRIG, ☐GLUCOSA, ☐ACIDO URICO, ☐ HB GLICOSILADA ☐ TSP, ☐ TGP, ☐ FOSFATASA ALCALINA ☐ BILIRRUBINAS _____ ☐ CREATININA, ☐ NITROGENO UREICO ☐ UROANALISIS_____ ☐ FROTIS GARGANTA, ☐KOH UÑAS, ☐ BACILOSCOPIA, ☐ COPROLOGICO ☐ AC HB, ☐TSH, ☐T3, ☐T3L, ☐T4, ☐T4L, ☐ANTIGENO PROSTATICO ☐ OTROS			☐NO ☒SI ¿Se tomaron todas las muestras solicitadas? ¿Porqué? _____ Muestras pendientes_____	☐NO ☒SI ¿Las pruebas requieren ayuno ☐NO ☒SI ¿Se encuentra en ayuno? Última hora que consumió alimentos/bebidas___ ☐NO ☒SI ¿Comprende el propósito d los exámenes? ☐NO ☒SI ¿Padece alguna enfermedad?_____ ☐NO ☒SI ¿Está consumiendo algún medicamento?_____	
ESPIROMETRIA Objetivo: Evaluar la función pulmonar Apt HB		VALOR MEDIDO/MEJOR	PREDICHO	% PRE O TEORICO	Antecedentes de importancia: ☐NO ☐SI Fumador: ☐NO ☐SI Ex fumador: ☐NO ☐SI Físicamente activo: ☐NO ☐SI Examen anterior: ☐NO ☐SI Resultado: ☐Sin alteración ☐ Con alteración ¿Presenta contraindicaciones para la realización de la prueba? ☐NO ☐SI Técnica: ☐Adecuada ☐Inadecuada Número de pruebas _____ Reproductividad: ☐NO ☐SI ☐ Sin hallazgos Z018 ☐ Con hallazgos R942 ☐ No realizada Z538	☐Patrón Normal: volúmenes y flujo normales ☐Patrón obstructivo con FVC Normal (FVC disminuido, Tiffeau disminuido) ☐Patrón obstructivo con FVC disminuido (FEV1 disminuido, Tiffeau disminuido) ☐ Leve > 60 ☐ Moderado 54-59 ☐ Severo menor de 50 Control ☐ Confirmatorio ☐ Control en 6 meses ☐ Anual o según SVE ☐PVE ☐ Control por Neumología ☐ Radiografía de tórax	
	FEV1 FVC Tiffeau Mayor de 80					
	PEF Mayor de 80					
	FEF 25-75 Mayor 80					
AUDIOMETRIA Objetivo: Evaluar condición de salud auditiva ☐NO ☐SI ☐ Tamizaje auditivo ☐ Audiometría clínica	VIA AEREA				Reposo auditivo ☐NO ☐SI Exposición a ruido ☐NO ☐SI Tiempo _____ Uso EPP: ☐NO ☐SI _____ Examen anterior ☐NO ☐SI _____ Resultado anterior: ☐Sin alteración ☐ Con alteración Antecedentes de importancia: ☐NO ☐SI Síntomas: ☐NO ☐SI _____ Otoscopia _____ ☐ Cabina ☐ Campo Re test : ☐NO ☐SI ☐Sin hallazgos Z011 ☐Con hallazgos H932(alteración frecuencias PTA Normal ☐Con hallazgos H919(alteración frecuencias PTA alterado ☐Con hallazgos H932(CUAT) ☐ OD ☐ OI ☐Con hallazgos H919(CUAP) ☐ OD ☐ OI ☐ otros hallazgos:_____ ☐ OD ☐ OI	☐ Audiometría control anual ☐ Audiometría clínica ☐ Audiometría de control en _____ meses ☐ Valoración Otológica ☐ PVE Conservación auditiva ☐ Uso de elemento de protección auditiva si hay exposición Recomendaciones extra laborales ☐Si utiliza diadema, radio, manos libres, bluetooth cambie de oído cada dos horas Mantenga el volumen bajo, tenga reposo auditivo luego de cada jornada - Escuche TV o radio a un volumen moderado. Si conduce motocicleta, utilizar protectores auditivos _____	

	250	500	1	2	3	4	6	8	PTA	Perdida %
OD										
OI										

VIA OSEA

	250	500	1	2	3	4			PTA	Perdida %
OD										
OI										

0-25: Normal
Leve (26-40)
Moderado (41-55) Moderado severa (56-70) Severo(71-85) -Profunda (Mayor 85)

IPS MASSALUD SAS
Prestador: 41001143801
Dirección: Cl 17 6-52 Quirinal Neiva Huila
Teléfono: 8642201-8718978 -3154115583
E Mail: massaludips@hotmail.com

CONTROL DE EXAMENES Y RECOMENDACIONES LABORALES

PCA-FO-010 VERSION 8

USUARIO: Ana M. Vargas Coronado N° DOCUMENTO: 26516131 FECHA DE EXAMEN: 29-01-24 EMPRESA: Santos

Apreciado usuario: A continuación, encontrará, marcado con X los exámenes que le han solicitado para la realización de la Evaluación médica Ocupacional; es importante que no se retire de la institución hasta no haber culminado cada uno de los exámenes solicitados, si existe alguno que no realicemos en nuestra sede le estaremos informando. Si tiene Toma de muestras de laboratorio, electrocardiograma, radiografías u otros exámenes que no es posible entregar el resultado una vez se realicen, es importante que regrese para informarlo y registrarle el resultado. Atendiendo a la Resolución 2346 de 2007-Art. 12 Tramite resultante de la evaluación médica ocupacional, si el profesional que lo atiende le informa que requiere controles por EPS.

EXAMEN	RESULTADO		INTERPRETACIÓN	RECOMENDACIONES	REALIZADO/ OBSERVACIÓN HORA DE FINALIZACIÓN DEL EXAMEN.
Evaluación médica ocupacional ☐NO ☒SI ☐Pre ocupacional ☐ Periódica ☒ Egreso ☐ Retiro ☐otro: _____ **Énfasis** ☐Osteomuscular ☐Mental ☒BPM- Alimentos ☐Alturas ☐Covid ☒Espacio confinado ☐Seguridad vial ☐Cardiovascular ☐Dermatológico ☐Biológico ☐Brigadista ☐Químico ☐Radiación ionizante ☐Vascular periferico ☐ Otro: _____	Peso	47 Kg	☐Sin hallazgos ☐Con hallazgos	☒Sin restricciones para el cargo ☐Apto con recomendaciones ☐Con restricciones para el cargo ☐Aplazado ☐No cumple perfil del cargo RECOMENDACIONES GENERALES ☐ Solicite control por Medicina General ☐Récord presión arterial ☐Controles EPS programas promoción y prevencion_____ ☐Valoración medicina laboral ☐valoración por Especialistas en:_____ ☐Control exámenes_____ ☐Atención ARL ☐Seguimiento nutricional ☐Disminuir y mantener un peso adecuado:_____ ☐ Realice actividad física: Camine por lo menos 30 minutos, 3 veces a la semana. ☐Practique actividades de recreación y de relajación – Alimentación balanceada. ☐Abandono consumo cigarrillo. ☐Disminuir consumo de alcohol ☐ Uso de medias con gradiente de presión OTRO: _____ ☐Desparasitación supervisada: Secnidazol tab 500mg # 4. Albendazol tab 200mg # 4. Escribir al número 3154115586 para solicitar resultados ☐ Sin novedad para el retiro/satisfactorio ☐Control y seguimiento por EPS/ARL	
	Estatura	1.51 cm	☐Sin hallazgos ☐Con hallazgos		
	Indice de masa corporal <19-24.9>	Kg/cm²	☐Sin hallazgos ☐Con hallazgos		
	Perimetro abdominal Mujer: Menor de 90cm Hombre: menor de 94cm	64 cm	☐Sin hallazgos ☐Con hallazgos		
	Frecuencia cardiaca <60-100 x minuto> Circunferencia cadera	80 X min			
	Frecuencia Respiratoria Relación cintura cadera Menor a 0.9	20 X min	☐Sin hallazgos ☐Con hallazgos		
	Temperatura	36.1 °	☐Sin hallazgos ☐Con hallazgos		
	Oximetria <95-100%>	96 %	☐Sin hallazgos ☐Con hallazgos		
	PA-Sistólica: Menor de 120mm/hg	96	☐Sin hallazgos ☐Con hallazgos		
	PA-Diastólica: menor de 80mm/hg	58			
	Manu dominante				
	Cadera	86 cm			
LABORATORIO CLINICO Objetivo: De acuerdo al tipo de examen ☐NO ☒SI	☐ HEMOGRAMA, ☐EPS, ☐ RETICULOCITOS, _____ ☐ COLESTEROL TOTAL, ☐HDL, ☐ LDL, ☐ TRIG, ☐GLUCOSA, ☐ ACIDO URICO, ☐ HB GLICOSILADA ☐ TGP, ☐ TGP, ☐ FOSFATASA ALCALINA, ☐ BILIRRUBINAS _____ ☐ CREATININA, ☐ NITROGENO UREICO ☐ UROANALISIS_____ ☐ FROTIS GARGANTA, ☐KOH UÑAS, ☐ BACILOSCOPIA, ☐ COPROLOGICO ☐ AC HB, ☐TSH, ☐T3, ☐T3L, ☐T4, ☐T4L, ☐ANTIGENO PROSTATICO ☐ OTROS_____		☐NO ☒SI ¿Se tomaron todas las muestras solicitadas? ¿Porqué? _____ Muestras pendientes_____	☐NO ☒SI ¿Las pruebas requieren ayuno ☐NO ☒SI ¿Se encuentra en ayuno? Ultima hora que consumió alimentos/bebidas___ ☐NO ☒SI ¿Comprende el propósito d los exámenes? ☐NO ☒SI ¿Padece alguna enfermedad?_____ ☐NO ☒S. ¿Está consumiendo algún medicamento?_____	
ESPIROMETRIA Objetivo: Evaluar la función pulmonar ☐NO ☐SI Art 113	[illegible]		[illegible]	[illegible]	
AUDIOMETRIA Objetivo: Evaluar condición de salud auditiva ☐NO ☐SI ☐Otoscopia: Evaluación auditiva ☐Audiometría clínica	VIA AEREA 250 / 500 / 1 / 2 / 3 / 4 / 6 / 8 / PTA / Perdida % OD OI VIA OSEA 250 / 500 / 1 / 2 / 3 / 4 / / / PTA / Perdida % OD OI 0-25: Normal Leve (26-40) Moderado (41-55) Moderado severa (56-70) Severo(71-85) -Profunda (Mayor 85)		Ruido ocupacional ☐NO ☐SI Exposición a ruido ☐NO ☐SI Tiempo _____ Uso EPS ☐NO ☐SI _____ Examen anterior ☐NO ☐SI Resultado anterior ☐Sin alteración ☐ Con alteración Antecedentes de importancia ☐NO ☐SI Síntomas ☐NO ☐SI _____ Otoscopia: _____ ☐ Cabina ☐ Campo Re test ☐NO ☐SI ☐Sin hallazgos Z011 ☐Con hallazgos H932(alteración frecuencias PTA Normal ☐Con hallazgos H919(alteración frecuencias PTA alterado ☐Con hallazgos H932(CUAT) ☐ OD ☐ OI ☐Con hallazgos H919(CUAP) ☐ OD ☐ OI ☐ otros hallazgos_____ ☐ OD ☐ OI	☐ Audiometría perfil Alto ☐ Audiometría clínica ☐Audiometría de control en ___ meses ☐Valoración Otorrino ☐ PVE Conservación auditiva ☐ Uso de elemento de protección auditiva si hay exposición **Recomendaciones extra laborales** ☐Si utiliza diadema, radio, manos libres, bluetooth cambie de oido cada dos horas. Mantenga el volumen bajo, tenga reposo auditivo luego de cada jornada - Escuche TV o rado a un volumen moderado. Si conduce motocicleta, utilizar protectores auditivos _____	

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

Consérvelo

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación ó Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Libertad y Orden

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	ANA MARIA
Apellidos	VARGAS
Documento de Identidad:	CC X TI ☐ PASA PORTE ☐ No. 26516131
Fecha de Nacimiento:	Día: 06 Mes: 07 Año: 1984

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Ana maria

Apellidos: Vargas Coronado

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

No. 26 516 131

Fecha de nacimiento: Día 06 Mes 07 Año 1984

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	17-07-06	60777	[illegible]
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	Enero 19-06		[illegible]
	2	Febr 17-06		[illegible]
	3	Agost 24-06		[illegible]
	4	Abril 19-08	EU-40612-A	[illegible]
	5	Septb 27-08	EU-40711-A	[illegible]
Contra Hepatitis B	1	10-04-13	034L100	ESP7
	2	10-05-13	034L100	[illegible]
	3	14-06-13	034L100	[illegible]

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla	10-04-13	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Contra Influenza	21-5-13	13073[illegible]		[illegible]
	25-7-14	[illegible]	STA ISABEL	EDGAR
Otras				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cedula del vacunador
COVID-19	Unica	31-07-21	Janssen	212A214	Hospital Ma. Aux.	Tatiana Zuñiga P.	1004074911
	2	13 ENERO 2022	JANSSEN	206H21A	ESE HOSPITAL MARIA AUXILIADORA.	EDITH CASAS	1023026860