

**CALIDAD**
**NIT: 819001483-1 CODIGO DE PRESTADOR 475550010601**
**REQUISITOS DEL TALENTO HUMANO E.S.E HOSPITAL  
FRAY LUIS DE LEÓN**

Copia Controlada

Versión: 3

Página 1 de 3

**ENFERMERIA PROFESIONAL Y AUXILIARES DE ENFERMERIA.**

| Nº | REQUISITOS   | APLICA | NO APLICA | OBSERVACIONES |
|----|--|--------|-----------|---------------|
| 1  | Propuesta Laboral.   | X      |           |               |
| 2  | Hoja De Vida Formato Único de La Función Pública O SIGEP   | X      |           |               |
| 3  | Fotocopia De Cedula Ampliada Al 150%   | X      |           |               |
| 4  | Declaración de Bienes y Rentas del Año Anterior. <b>Nota: Si No declara renta ante la DIAN Diligenciar el Formato de Declaración de Bienes y Rentas para persona Natural de la Función Pública.</b>                        | X      |           |               |
| 5  | Registro Único Tributario (RUT) vigente  | X      |           |               |
| 6  | Resolución de Autorización de Ejercicio de la Profesión.   | X      |           |               |
| 7  | Fotocopia de Tarjeta Profesional Ampliada al 150%  |        | X         |               |
| 8  | Registro Único de Talento Humano en Salud (RETHUS)   | X      |           |               |
| 9  | Diploma y Acta de Grado de Bachiller   | X      |           |               |
| 10 | Diploma y Acta De Grado Profesional (Pregrado) o (Técnica) <b>Nota: Si el Título presentado fue realizado en el exterior debe presentar la convalidación de este realizada ante el Ministerio de Educación en Colombia</b> | X      |           |               |
| 11 | Otros estudios realizados (Diplomados, Cursos, Talleres, Certificaciones).   | X      |           |               |
| 12 | Certificaciones que acrediten la experiencia laboral encargos afines   | X      |           |               |
| 13 | Esquema de Vacunación  | X      |           |               |
| 14 | Examen de Ingreso Medico Ocupacional vigencia anual  |        |           |               |
| 15 | Antecedentes Vigentes (Policía, Procuraduría y Contraloría)  | X      |           |               |
| 16 | Certificados de Afiliación al Sistema de Seguridad Social en el Régimen Contributivo (Salud, Pensión, ARL)   | X      |           |               |
| 17 | Póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual (vigente)   | X      |           |               |
| 18 | Formato de Declaración de Origen de Fondos Y Desarrollo de Actividades Licitas-SARLAF (vigente)  | X      |           |               |
| 19 | Certificado de Registro de Deudores Alimentarios Morosos (REDAM)   | X      |           |               |
| 20 | Certificado de Inhabilidades y Delitos Sexuales  | X      |           |               |
| 21 | Pantallazo Usuario SECOP II como proveedor   | X      |           |               |
|    | <b>ENFERMERA PROFESIONAL</b>   |        |           |               |
|    | Certificado Soporte Vital Básico Y Avanzado SVB-A Vigente. (Todos los servicios)   |        |           |               |
|    | Certificado Soporte Vital Avanzado Pediátrico-Neonatal (Vigente)   |        |           |               |

**CALIDAD**
**NIT: 819001483-1 CODIGO DE PRESTADOR475550010601**
**REQUISITOS DEL TALENTO HUMANO E.S.E HOSPITAL  
FRAY LUIS DE LEÓN**

Copia Controlada

Versión: 3

 Página 2 de  
3

|  |   |   |  |                                   |
|--|---|---|--|-----------------------------------|
|  | Certificación en el control del paciente de cuidado intensivo e Intermedio adultos. (aplica para el servicio de UCI- UCIM)                |   |  |                                   |
|  | Certificado Curso Cuidado Básico Neonatal   |   |  |                                   |
|  | Certificado Atención Integral en Salud a las Víctimas de Violencia de Genero Y Violencia Sexual (Todos los servicios)                     |   |  |                                   |
|  | Constancia en Gestión del Duelo (servicios: Atención del Parto, Cirugía Y UCI)  |   |  |                                   |
|  | Constancia en la atención a personas Víctimas de ataques con agentes Químicos (Urgencias y Traslado de Pacientes)                         |   |  |                                   |
|  | Constancia Manejo de Pruebas en punto de Atención del Paciente Point of Care (Todos los servicios)  |   |  |                                   |
|  | Constancia Curso de Humanización en Salud (Todos los servicios)   |   |  |                                   |
|  | Constancia Aplicación de Inmunobiológico- PAI (Servicio de Vacunación)  |   |  |                                   |
|  | Constancia Curso en Seguridad del Paciente (Todos los servicios)  |   |  |                                   |
|  | Certificado en Atención Integrada a las enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) clínico (Todos los servicios)                     |   |  |                                   |
|  | Constancia Curso Diagnostico y Manejo Clínico del Dengue (Todos los servicios)  |   |  |                                   |
|  | <b>Requisitos Ruta Materno- perinatal.</b> (Servicio de Atención del Parto)<br>Constancia Curso manejo de Emergencias Obstétricas         |   |  |                                   |
|  | Constancia Curso Inserción de Implantes subdérmico- DIU   |   |  |                                   |
|  | <b>AUXILIAR DE ENFERMERIA</b>   |   |  |                                   |
|  | Certificado Soporte Vital Básico SVB vigente. (Todos los servicios)   |   |  | <b>PENDIENTE CURSO EN TRAMITE</b> |
|  | Constancia Curso de Humanización en Salud (Todos los servicios)   | X |  |                                   |
|  | Constancia Curso en Seguridad del Paciente (Todos los servicios)  | X |  |                                   |
|  | Certificado Atención Integral en Salud a las Víctimas de Violencia de Genero Y Violencia Sexual (Servicios Consulta Ext, Hospitalización) | X |  |                                   |
|  | Constancia en Gestión del Duelo (servicios: Atención del Parto, Cirugía Y UCI)  | X |  |                                   |
|  | Constancia en la atención a personas Víctimas de ataques con agentes Químicos (Urgencias y Traslado de Pacientes)                         | X |  |                                   |
|  | Certificado en Atención Integrada a las enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)   | X |  |                                   |

**CALIDAD**
**NIT: 819001483-1 CODIGO DE PRESTADOR 475550010601**
**REQUISITOS DEL TALENTO HUMANO E.S.E HOSPITAL  
FRAY LUIS DE LEÓN**

Copia Controlada

Versión: 3

 Página **3** de **3**

|  |  |  |   |                                   |
|--|--|--|---|-----------------------------------|
|  | Clínico.   |  |   |                                   |
|  | Constancia Manejo de Pruebas en punto de Atención del Paciente Point of Care (Todos los servicios)                         |  |   | <b>PENDIENTE CURSO EN TRAMITE</b> |
|  | Certificación en el control del paciente de cuidado intensivo e Intermedio adultos. (aplica para el servicio de UCI- UCIM) |  | X |                                   |
|  | Constancia Aplicación de Inmunobiológico- PAI (Servicio de Vacunación)   |  | X |                                   |

-Requisitos para el talento Humano en Salud, en cumplimiento a los Estándares y Criterios del Sistema Único de Habilitación según Resolución N.3100/2019.

-Requisitos para el talento Humano en Salud, en cumplimiento Ruta Materno-Perinatal según Resolución 3280/2028. Y Lineamientos Técnicos en Desnutrición Resolución 2350/2020.

-Requisitos para el talento Humano en Salud, en cumplimiento por ser territorio Endémico, Curso de Atención y Manejo clínico

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, YO, **WENDY JOLANY CORREDOR CARDENAS, Identificado (a) con** Cédula de Ciudadanía N° 1.093.772.085 de Profesión Auxiliar de Enfermería **AUTORIZO** que la ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEÓN, en calidad de Responsable del Tratamiento de datos pueda VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR Y CONSULTAR, mis datos personales en las distintas plataformas disciplinarias, fiscales, judicial, inhabilidades etc. y los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por la institución con fines de contratación.

 FIRMA: Wendy Jolany Corredor C Fecha: 24 DE ABRIL DE 2026

**AREA CONTRACTUAL**

 Supervisor de Contrato: \_\_\_\_\_ Revisó: \_\_\_\_\_ Aprobó: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
 Área de Talento Humano: \_\_\_\_\_ Revisó: \_\_\_\_\_ Aprobó: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
 Área de Contratación: \_\_\_\_\_ Revisó: \_\_\_\_\_ Aprobó: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**Las partes firmantes confirman haber revisado y aprobado información proporcionada por parte del aspirante.**

## PRESENTACIÓN DE PROPUESTA

Señores

**ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEÓN**

Esta comunicación tiene por objeto presentar propuesta para Prestar servicios Técnicos como Auxiliar de Enfermería en la **ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON** Así mismo, declaro que:

1. Tengo capacidad legal para presentar cada uno de los ofrecimientos hechos en esta propuesta.
2. La información suministrada es veraz y no fija condiciones económicas artificialmente bajas con el propósito de obtener la adjudicación del contrato.
3. Conozco las causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con las entidades estatales, de conformidad con los artículos 8° y siguientes de la Ley 80 de 1993 y sus decretos reglamentarios; de las sanciones establecidas por trasgresión a las mismas en los artículos 26, numeral 7, y 52 de la citada ley, así como los efectos legales consagrados en el artículo 44, numeral 1, de la misma norma. De igual forma, declaro bajo la gravedad de juramento, que se entiende prestado con la firma del presente documento, que no me encuentro incurso en ninguna de ellas.

**De igual manera, declaro que no me encuentro incurso en causal de inhabilidad por las conductas establecidas en los literales a), b) y c) del artículo 90 de la ley 1474 de 2011.**

4. No he efectuado acuerdos colusorios con otros proponentes o miembros integrantes de otros proponentes o cualquier interesado en proveer bienes y/o servicios relacionados con la contratación, en contra de terceros o de la Entidad, para distorsionar o defraudar el presente proceso de selección o contrariar la libre competencia.
5. Conozco las condiciones técnicas de tiempo, modo y lugar, y las demás especificaciones señaladas en el estudio previo para la ejecución del contrato y las acepto comprometiéndome a su cumplimiento.
6. Manifiesto bajo la gravedad del juramento que no he sido multado por Entidad Oficial por incumplimiento de contrato estatal, mediante providencia ejecutoriada dentro de los cinco (5) últimos años anteriores a la fecha de presentación del presente documento.
7. Conozco las condiciones técnicas de tiempo, modo y lugar, y las demás especificaciones señaladas en el estudio previo para la ejecución del contrato y las acepto comprometiéndome a su cumplimiento.
8. El valor total de la oferta, las demás deducciones de ley y erogaciones a que haya lugar, asciende a la suma de \$ **1.900.000** M/cte.
9. Suministro la siguiente información:

*Wendy Jolany Corredor C*

Nombre:

WENDY JOLANY CORREDOR CARDENAS

N° de documento:

C.C. 1.093.772.085



# FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

### DATOS PERSONALES

|   |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|
| PRIMER APELLIDO<br>CORREDOR   |  | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>CARDENAS   |  | NOMBRES<br>WENDY JOLANY  |  |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No. 1093772085 |  | GENERO<br>F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> |  | NACIONALIDAD<br>COL. <input checked="" type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/> |  |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="checkbox"/> SEGUNDA CLASE <input type="checkbox"/>  |  | NÚMERO   |  | D.M.   |  |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO   |  | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA   |  |  |  |
| FECHA<br>DÍA 16 MES 02 AÑO 1994   |  | VILLA CONSUELO   |  |  |  |
| PAÍS<br>COLOMBIA  |  | PAÍS<br>COLOMBIA   |  | DEPTO<br>MAGDALENA   |  |
| DEPTO<br>MAGDALENA  |  | MUNICIPIO<br>PLATO   |  |  |  |
| MUNICIPIO<br>PLATO  |  | TELÉFONO   |  | EMAIL<br>wendycorredorcardenas76@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 SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)**  
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

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

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

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)

| INSTITUCIÓN                | MODALIDAD                                     | No. TOTAL HORAS | GRADUADO |    | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS | TERMINACIÓN |      |
|----------------------------|---|-----------------|----------|----|--|-------------|------|
|                            |   |                 | SI       | NO |  | MES         | AÑO  |
| INSITUTO TECNICO DEL NORTE | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO |                 | X        |    | AUXILIAR EN ENFERMERIA                     | 07          | 2022 |

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<br>HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO |  |  |                                       | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍ<br>C SOLOMBIA                             |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                               |  |  | MUNICIPIO<br>PLATO                    |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                    |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>4852065                                    |  |  | FECHA DE INGRESO                      |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                               |     |    |     |    |     |      |
|   |  |  | Día                                   | 01           | Mes | 04      | Año | 2026  | Día | 30 | Mes | 04 | Año | 2026 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA                  |  |  | DEPENDENCIA<br>AUXILIAR DE ENFERMERIA |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 14 10 15 BARRIO JUAN XXIII |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                              |  |  |                                       |              |     |         |     |   |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO |  |  |                                       | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍ<br>C SOLOMBIA                             |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                               |  |  | MUNICIPIO<br>PLATO                    |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                    |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>4852065                                    |  |  | FECHA DE INGRESO                      |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                               |     |    |     |    |     |      |
|   |  |  | Día                                   | 01           | Mes | 03      | Año | 2026  | Día | 31 | Mes | 03 | Año | 2026 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA                  |  |  | DEPENDENCIA<br>AUXILIAR DE ENFERMERIA |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 14 10 15 BARRIO JUAN XXIII |     |    |     |    |     |      |

FORMATO ÚNICO  
**HOJA DE VIDA**  
Persona Natural  
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                              |  |  |                                       |              |     |         |     |   |     |    |     |    |     |      |
|---|--|--|---------------------------------------|--------------|-----|---------|-----|---|-----|----|-----|----|-----|------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO |  |  |                                       | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍ<br>C <sup>S</sup> OLOMBIA                 |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                               |  |  | MUNICIPIO<br>PLATO                    |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                    |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>4852065                                    |  |  | FECHA DE INGRESO                      |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                               |     |    |     |    |     |      |
|   |  |  | Día                                   | 01           | Mes | 02      | Año | 2026  | Día | 28 | Mes | 02 | Año | 2026 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA                  |  |  | DEPENDENCIA<br>AUXILIAR DE ENFERMERIA |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 14 10 15 BARRIO JUAN XXIII |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                              |  |  |                                       |              |     |         |     |   |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO |  |  |                                       | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍ<br>C <sup>S</sup> OLOMBIA                 |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                               |  |  | MUNICIPIO<br>PLATO                    |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                    |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>4852065                                    |  |  | FECHA DE INGRESO                      |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                               |     |    |     |    |     |      |
|   |  |  | Día                                   | 01           | Mes | 01      | Año | 2026  | Día | 31 | Mes | 01 | Año | 2026 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA                  |  |  | DEPENDENCIA<br>AUXILIAR DE ENFERMERIA |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 14 10 15 BARRIO JUAN XXIII |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                              |  |  |                                       |              |     |         |     |   |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO |  |  |                                       | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍ<br>C <sup>S</sup> OLOMBIA                 |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                               |  |  | MUNICIPIO<br>PLATO                    |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                    |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>4851016                                    |  |  | FECHA DE INGRESO                      |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                               |     |    |     |    |     |      |
|   |  |  | Día                                   | 01           | Mes | 12      | Año | 2025  | Día | 31 | Mes | 12 | Año | 2025 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA                  |  |  | DEPENDENCIA<br>AUXILIAR DE ENFERMERIA |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 14 10 15 BARRIO JUAN XXIII |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                              |  |  |                                       |              |     |         |     |   |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO |  |  |                                       | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍ<br>C <sup>S</sup> OLOMBIA                 |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                               |  |  | MUNICIPIO<br>PLATO                    |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                    |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>4851016                                    |  |  | FECHA DE INGRESO                      |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                               |     |    |     |    |     |      |
|   |  |  | Día                                   | 01           | Mes | 11      | Año | 2025  | Día | 30 | Mes | 11 | Año | 2025 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA                  |  |  | DEPENDENCIA<br>AUXILIAR DE ENFERMERIA |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 14 10 15 BARRIO JUAN XXIII |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                              |  |  |                                       |              |     |         |     |   |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO |  |  |                                       | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍ<br>C <sup>S</sup> OLOMBIA                 |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                               |  |  | MUNICIPIO<br>PLATO                    |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                    |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>4851016                                    |  |  | FECHA DE INGRESO                      |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                               |     |    |     |    |     |      |
|   |  |  | Día                                   | 01           | Mes | 10      | Año | 2025  | Día | 31 | Mes | 10 | Año | 2025 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA                  |  |  | DEPENDENCIA<br>AUXILIAR DE ENFERMERIA |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 14 10 15 BARRIO JUAN XXIII |     |    |     |    |     |      |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                               |  |  |   |              |     |         |     |  |     |    |     |    |     |      |
|--|--|--|---|--------------|-----|---------|-----|--|-----|----|-----|----|-----|------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO  |  |  |   | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍ<br>C <sup>S</sup> OLOMBIA                          |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                                |  |  | MUNICIPIO<br>PLATO                            |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                             |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>4851016                                     |  |  | FECHA DE INGRESO                              |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO  |     |    |     |    |     |      |
|  |  |  | Día   | 01           | Mes | 08      | Año | 2025   | Día | 31 | Mes | 08 | Año | 2025 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA                   |  |  | DEPENDENCIA<br>AUXILIAR DE ENFERMERIA         |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 14 10 15 BARRIO JUAN XXIII          |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                               |  |  |   |              |     |         |     |  |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO  |  |  |   | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍ<br>C <sup>S</sup> OLOMBIA                          |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                                |  |  | MUNICIPIO<br>PLATO                            |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                             |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3027144988                                  |  |  | FECHA DE INGRESO                              |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO  |     |    |     |    |     |      |
|  |  |  | Día   | 01           | Mes | 07      | Año | 2023   | Día | 31 | Mes | 07 | Año | 2025 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>AUXILIAR EENFERMERIA          |  |  | DEPENDENCIA<br>APOYO A AUXILIAR DE ENFERMERIA |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>AVENIDA 1444 14 14 LOS CONTENEDORES       |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                               |  |  |   |              |     |         |     |  |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO  |  |  |   | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍ<br>C <sup>S</sup> OLOMBIA                          |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                                |  |  | MUNICIPIO<br>PLATO                            |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                             |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3225677822                                  |  |  | FECHA DE INGRESO                              |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO  |     |    |     |    |     |      |
|  |  |  | Día   | 01           | Mes | 06      | Año | 2025   | Día | 30 | Mes | 06 | Año | 2025 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA |  |  | DEPENDENCIA<br>APOYO A MATERNIDAD             |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 14 null null VIA LOS CONTENEDORES |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                               |  |  |   |              |     |         |     |  |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO  |  |  |   | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍ<br>C <sup>S</sup> OLOMBIA                          |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                                |  |  | MUNICIPIO<br>PLATO                            |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                             |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3225677822                                  |  |  | FECHA DE INGRESO                              |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO  |     |    |     |    |     |      |
|  |  |  | Día   | 01           | Mes | 05      | Año | 2025   | Día | 31 | Mes | 05 | Año | 2025 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA |  |  | DEPENDENCIA<br>APOYO A MATERNIDAD             |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 14 null null los contenedores       |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                               |  |  |   |              |     |         |     |  |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO  |  |  |   | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍ<br>C <sup>S</sup> OLOMBIA                          |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                                |  |  | MUNICIPIO<br>PLATO                            |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                             |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS  |  |  | FECHA DE INGRESO                              |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO  |     |    |     |    |     |      |
|  |  |  | Día   | 01           | Mes | 04      | Año | 2025   | Día | 30 | Mes | 04 | Año | 2025 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA |  |  | DEPENDENCIA<br>APOYO A MATERNIDAD             |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 14 null null los cotenedores        |     |    |     |    |     |      |

FORMATO ÚNICO  
**HOJA DE VIDA**  
Persona Natural  
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                      |  |  |   |              |     |              |     |  |     |    |     |    |     |      |
|---|--|--|---|--------------|-----|--------------|-----|--|-----|----|-----|----|-----|------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO         |  |  |   | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA      |     | PAÍ<br>C <sup>S</sup> OLOMBIA                          |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                                       |  |  | MUNICIPIO<br>PLATO                            |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                             |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3225677822   |  |  | FECHA DE INGRESO                              |              |     |              |     | FECHA DE RETIRO  |     |    |     |    |     |      |
|   |  |  | Día   | 01           | Mes | 03           | Año | 2025   | Día | 31 | Mes | 03 | Año | 2025 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA        |  |  | DEPENDENCIA<br>APOYO A MATERNIDAD             |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 14 null null los contenedores       |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                      |  |  |   |              |     |              |     |  |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO         |  |  |   | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA      |     | PAÍ<br>C <sup>S</sup> OLOMBIA                          |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                                       |  |  | MUNICIPIO<br>PLATO                            |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                             |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS   |  |  | FECHA DE INGRESO                              |              |     |              |     | FECHA DE RETIRO  |     |    |     |    |     |      |
|   |  |  | Día   | 01           | Mes | 02           | Año | 2025   | Día | 28 | Mes | 02 | Año | 2025 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA        |  |  | DEPENDENCIA<br>MATERNIDAD                     |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>AVENIDA 14 14 141 LOS CONTENEDORES        |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                      |  |  |   |              |     |              |     |  |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO         |  |  |   | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA      |     | PAÍ<br>C <sup>S</sup> OLOMBIA                          |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                                       |  |  | MUNICIPIO<br>PLATO                            |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                             |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS   |  |  | FECHA DE INGRESO                              |              |     |              |     | FECHA DE RETIRO  |     |    |     |    |     |      |
|   |  |  | Día   | 01           | Mes | 01           | Año | 2025   | Día | 28 | Mes | 01 | Año | 2025 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA                          |  |  | DEPENDENCIA<br>AUXILIAR ENFERMERIA            |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>- CL. 14 10-15 BARRIO JUAN XXIII          |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                      |  |  |   |              |     |              |     |  |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ALPISALUD - ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON |  |  |   | PÚBLICA      |     | PRIVADA<br>X |     | PAÍ<br>C <sup>S</sup> OLOMBIA                          |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                                       |  |  | MUNICIPIO<br>PLATO                            |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                             |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3225677822   |  |  | FECHA DE INGRESO                              |              |     |              |     | FECHA DE RETIRO  |     |    |     |    |     |      |
|   |  |  | Día   | 01           | Mes | 12           | Año | 2024   | Día | 30 | Mes | 12 | Año | 2024 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA        |  |  | DEPENDENCIA<br>APOYO A AUXILIAR DE ENFERMERIA |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 14 null null VIA LOS CONTENEDORES |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                      |  |  |   |              |     |              |     |  |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO         |  |  |   | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA      |     | PAÍ<br>C <sup>S</sup> OLOMBIA                          |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                                       |  |  | MUNICIPIO<br>PLATO                            |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                             |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS   |  |  | FECHA DE INGRESO                              |              |     |              |     | FECHA DE RETIRO  |     |    |     |    |     |      |
|   |  |  | Día   | 01           | Mes | 11           | Año | 2024   | Día | 30 | Mes | 12 | Año | 2024 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA                          |  |  | DEPENDENCIA<br>AUXILIAR DE ENFERMERIA         |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>- CL.14 10-15 BARRIO JUAN XXIII           |     |    |     |    |     |      |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                      |  |  |                                       |              |     |              |     |  |     |    |     |    |
|---|--|--|---------------------------------------|--------------|-----|--------------|-----|--|-----|----|-----|----|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO         |  |  |                                       | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA      |     | PAÍ<br>C <sup>S</sup> OLOMBIA                          |     |    |     |    |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                                       |  |  | MUNICIPIO<br>PLATO                    |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                             |     |    |     |    |
| TELÉFONOS   |  |  | FECHA DE INGRESO                      |              |     |              |     | FECHA DE RETIRO  |     |    |     |    |
|   |  |  | Día                                   | 01           | Mes | 10           | Año | 2024   | Día | 31 | Mes | 10 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA                          |  |  | DEPENDENCIA<br>AUXILIAR ENFERMERIA    |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>- CL.14 10-14 BARRIO JUAN XXIII           |     |    |     |    |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                      |  |  |                                       |              |     |              |     |  |     |    |     |    |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO         |  |  |                                       | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA      |     | PAÍ<br>C <sup>S</sup> OLOMBIA                          |     |    |     |    |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                                       |  |  | MUNICIPIO<br>PLATO                    |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                             |     |    |     |    |
| TELÉFONOS   |  |  | FECHA DE INGRESO                      |              |     |              |     | FECHA DE RETIRO  |     |    |     |    |
|   |  |  | Día                                   | 01           | Mes | 09           | Año | 2024   | Día | 30 | Mes | 09 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA                          |  |  | DEPENDENCIA<br>AUXILIAR DE ENFERMERIA |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>- CL . 14 10 15 BARRIO JUAN XXIII         |     |    |     |    |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                      |  |  |                                       |              |     |              |     |  |     |    |     |    |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO         |  |  |                                       | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA      |     | PAÍ<br>C <sup>S</sup> OLOMBIA                          |     |    |     |    |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                                       |  |  | MUNICIPIO<br>PLATO                    |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                             |     |    |     |    |
| TELÉFONOS   |  |  | FECHA DE INGRESO                      |              |     |              |     | FECHA DE RETIRO  |     |    |     |    |
|   |  |  | Día                                   | 01           | Mes | 08           | Año | 2024   | Día | 31 | Mes | 08 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA                          |  |  | DEPENDENCIA<br>AUXILIAR ENFERMERIA    |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>- CL.14 10-15 BARRIO JUNA XXIII           |     |    |     |    |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                      |  |  |                                       |              |     |              |     |  |     |    |     |    |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ALPISALUD - ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON |  |  |                                       | PÚBLICA      |     | PRIVADA<br>X |     | PAÍ<br>C <sup>S</sup> OLOMBIA                          |     |    |     |    |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                                       |  |  | MUNICIPIO<br>PLATO                    |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                             |     |    |     |    |
| TELÉFONOS<br>3225677822   |  |  | FECHA DE INGRESO                      |              |     |              |     | FECHA DE RETIRO  |     |    |     |    |
|   |  |  | Día                                   | 01           | Mes | 07           | Año | 2024   | Día | 30 | Mes | 07 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA        |  |  | DEPENDENCIA<br>APOYO A MATERNIDAD     |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 14 null null VIA LOS CONTENEDORES |     |    |     |    |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                      |  |  |                                       |              |     |              |     |  |     |    |     |    |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ALPISALUD - ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON |  |  |                                       | PÚBLICA      |     | PRIVADA<br>X |     | PAÍ<br>C <sup>S</sup> OLOMBIA                          |     |    |     |    |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                                       |  |  | MUNICIPIO<br>PLATO                    |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                             |     |    |     |    |
| TELÉFONOS<br>3225677822   |  |  | FECHA DE INGRESO                      |              |     |              |     | FECHA DE RETIRO  |     |    |     |    |
|   |  |  | Día                                   | 01           | Mes | 06           | Año | 2024   | Día | 30 | Mes | 06 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA        |  |  | DEPENDENCIA<br>APOYO A MATERNIDAD     |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 14 null null VIALOS CONTENEDORES  |     |    |     |    |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                      |  |  |                                       |              |     |              |     |  |     |    |     |    |     |      |
|---|--|--|---------------------------------------|--------------|-----|--------------|-----|--|-----|----|-----|----|-----|------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ALPISALUD - ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON |  |  |                                       | PÚBLICA      |     | PRIVADA<br>X |     | PAÍ<br>C <sup>S</sup> OLOMBIA                          |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                                       |  |  | MUNICIPIO<br>PLATO                    |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                             |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3225677822   |  |  | FECHA DE INGRESO                      |              |     |              |     | FECHA DE RETIRO  |     |    |     |    |     |      |
|   |  |  | Día                                   | 01           | Mes | 05           | Año | 2024   | Día | 30 | Mes | 05 | Año | 2024 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA        |  |  | DEPENDENCIA<br>APOYO A MATERNIDAD     |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 14 null null VIA LOS CONTENEDORES |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                      |  |  |                                       |              |     |              |     |  |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO         |  |  |                                       | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA      |     | PAÍ<br>C <sup>S</sup> OLOMBIA                          |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                                       |  |  | MUNICIPIO<br>PLATO                    |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                             |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS   |  |  | FECHA DE INGRESO                      |              |     |              |     | FECHA DE RETIRO  |     |    |     |    |     |      |
|   |  |  | Día                                   | 01           | Mes | 04           | Año | 2024   | Día | 30 | Mes | 04 | Año | 2024 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA                          |  |  | DEPENDENCIA<br>AUXILIAR DE ENFERMERIA |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>- CL. 14 10-15 BARRIO JUAN XXIII          |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                      |  |  |                                       |              |     |              |     |  |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO         |  |  |                                       | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA      |     | PAÍ<br>C <sup>S</sup> OLOMBIA                          |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                                       |  |  | MUNICIPIO<br>PLATO                    |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                             |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3027144988   |  |  | FECHA DE INGRESO                      |              |     |              |     | FECHA DE RETIRO  |     |    |     |    |     |      |
|   |  |  | Día                                   | 01           | Mes | 03           | Año | 2024   | Día | 31 | Mes | 03 | Año | 2024 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>161 AUXILIAR DE ENFERMERIA           |  |  | DEPENDENCIA<br>MATERNIDAD             |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 14 14 14 LOS CONTENEDORES         |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                      |  |  |                                       |              |     |              |     |  |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO         |  |  |                                       | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA      |     | PAÍ<br>C <sup>S</sup> OLOMBIA                          |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                                       |  |  | MUNICIPIO<br>PLATO                    |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                             |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3027144988   |  |  | FECHA DE INGRESO                      |              |     |              |     | FECHA DE RETIRO  |     |    |     |    |     |      |
|   |  |  | Día                                   | 01           | Mes | 02           | Año | 2024   | Día | 29 | Mes | 02 | Año | 2024 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA        |  |  | DEPENDENCIA<br>MATERNIDAD             |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 14 14 14 LOS CONTENEDORES           |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                      |  |  |                                       |              |     |              |     |  |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ALPISALUD - ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON |  |  |                                       | PÚBLICA      |     | PRIVADA<br>X |     | PAÍ<br>C <sup>S</sup> OLOMBIA                          |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                                       |  |  | MUNICIPIO<br>PLATO                    |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                             |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3225677822   |  |  | FECHA DE INGRESO                      |              |     |              |     | FECHA DE RETIRO  |     |    |     |    |     |      |
|   |  |  | Día                                   | 01           | Mes | 01           | Año | 2024   | Día | 30 | Mes | 01 | Año | 2024 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>1347 AUXILIAR DE ENFERMERIA          |  |  | DEPENDENCIA<br>APOYO A MATERNIDAD     |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 14 null null VIA LOS CONTENEDORES |     |    |     |    |     |      |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                               |  |  |   |              |     |         |     |  |     |    |     |    |     |      |
|--|--|--|---|--------------|-----|---------|-----|--|-----|----|-----|----|-----|------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO  |  |  |   | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍ<br>C <sup>S</sup> OLOMBIA                    |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                                |  |  | MUNICIPIO<br>PLATO                            |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                       |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3027149188                                  |  |  | FECHA DE INGRESO                              |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                                  |     |    |     |    |     |      |
|  |  |  | Día   | 01           | Mes | 12      | Año | 2023   | Día | 31 | Mes | 12 | Año | 2023 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA |  |  | DEPENDENCIA<br>APOYO A AUXILIAR DE ENFERMERIA |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 14 14 14 LOS CONTENEDORES   |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                               |  |  |   |              |     |         |     |  |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO  |  |  |   | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍ<br>C <sup>S</sup> OLOMBIA                    |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                                |  |  | MUNICIPIO<br>PLATO                            |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                       |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3027144988                                  |  |  | FECHA DE INGRESO                              |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                                  |     |    |     |    |     |      |
|  |  |  | Día   | 01           | Mes | 11      | Año | 2023   | Día | 30 | Mes | 11 | Año | 2023 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>AUXILIAR ENFEREMERA           |  |  | DEPENDENCIA<br>APOYO EN AUXILIAR DE ENFERMERI |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>AVENIDA 14 14 14 LOS COTENEDORES    |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                               |  |  |   |              |     |         |     |  |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO  |  |  |   | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍ<br>C <sup>S</sup> OLOMBIA                    |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                                |  |  | MUNICIPIO<br>PLATO                            |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                       |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3027144988                                  |  |  | FECHA DE INGRESO                              |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                                  |     |    |     |    |     |      |
|  |  |  | Día   | 01           | Mes | 10      | Año | 2023   | Día | 31 | Mes | 10 | Año | 2023 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>AUAXILIAR DE ENFERMERIA       |  |  | DEPENDENCIA<br>APOYO A AUXILIAR DE ENFERMERIA |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>AVENIDA 14 14 1144 LOS CONTENEDORES |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                               |  |  |   |              |     |         |     |  |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO  |  |  |   | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍ<br>C <sup>S</sup> OLOMBIA                    |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                                |  |  | MUNICIPIO<br>PLATO                            |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                       |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3027144988                                  |  |  | FECHA DE INGRESO                              |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                                  |     |    |     |    |     |      |
|  |  |  | Día   | 01           | Mes | 09      | Año | 2023   | Día | 30 | Mes | 09 | Año | 2023 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA                   |  |  | DEPENDENCIA<br>AUXILIAR EN ENFERMERIA         |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>- CL.14 10-15 BARRIO JUNA XXIII     |     |    |     |    |     |      |

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          |      |  |      |  |      |  |

FORMATO ÚNICO  
**HOJA DE VIDA**  
Persona Natural  
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

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            | 2                     | 1     |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 0                     | 5     |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE    | 1                     | 3     |
| EXPERIENCIA DOCENTE         | 0                     | 0     |

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 INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento *Plato Magdalena 24 de abril de 2026*

*Wendy yolany Corredor 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



POLICÍA NACIONAL  
DE COLOMBIA

INICIO

CONTÁCTENOS

PREGUNTAS FRECUENTES

### Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

#### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:30:36 PM horas del 24/04/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1093772085**

Apellidos y Nombres: **CORREDOR CARDENAS WENDY JOLANY**

#### **NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**

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

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

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

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



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



Presidencia de  
la República



Ministerio de  
Defensa Nacional



Portal Único de  
Contratación



GOV.CO

Todos los derechos reservados.

**CERTIFICADO DE ANTECEDENTES**  
**CERTIFICADO ORDINARIO**  
**No. 294896994**



PIB  
23:31:18  
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 24 de abril del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) WENDY JOLANY CORREDOR CARDENAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1093772085:

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>

Olga Lucía Tibocho Cortés  
Jefe División de Relacionamento Con El Ciudadano

**ATENCIÓN :**

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

División de Relacionamento con el Ciudadano.

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 viernes 24 de abril de 2026, a las 23:31:58, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

|                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| Tipo Documento         | Cédula de Ciudadanía   |
| No. Identificación     | 1093772085             |
| Código de Verificación | 1093772085260424233158 |

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



## Portal de Servicios al Ciudadano PSC

## Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

Consultar por:

CEDULA DE CIUDADANIA

N° Identificación, Comparendo o Expediente:

1093772085

Fecha Expedición:

23/04/2012

Nueva Busqueda Validar Policía

Preguntas Frecuentes ([https://srvcnpc.policia.gov.co/multimedia/formatos/PREGUNTAS\\_FRECUENTES\\_CNCCC\\_RNMC.pdf](https://srvcnpc.policia.gov.co/multimedia/formatos/PREGUNTAS_FRECUENTES_CNCCC_RNMC.pdf))

Imprimir

## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 24/04/2026 11:33:03 p. m. **el ciudadano con la Cedula de Ciudadania: 1093772085**  
**de Nombre: CORREDOR CARDENAS WENDY JOLANY**

## PRESENTA LOS SIGUIENTES REGISTROS:

| Expediente       | Formato | Id Infractor | Infractor                      | Id Custodio | Custodio | Nit          | Razon Social | Id Representante | F |
|------------------|---------|--------------|--------------------------------|-------------|----------|--------------|--------------|------------------|---|
| 47-555-6-2025-77 | 002     | 1093772085   | CORREDOR CARDENAS WENDY JOLANY |             |          | NO REPORTADO | NO REPORTADO | NO REPORTADO     | N |




De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana".

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 identificación corresponda con el documento de identidad suministrado.

**Advertencias:**

1. Para presentar una petición, Queja, Reclamos y Sugerencia relacionada con esta consulta, puede hacerlo ante la autoridad de policía que impuso la medida correctiva, o de no ser posible, podrá hacerlo a través de las Oficinas de Atención al Ciudadano (OAC) que se encuentran ubicadas en las unidades policiales, direcciones, comandos de metropolitanas y departamentos de policía, o mediante la página web de la Institución [www.policia.gov.co](http://www.policia.gov.co), mediante la pestaña de trámites y servicios al ciudadano y luego accediendo al link de Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias.
2. **Si el estado de la medida se encuentra en: "CERRADO" o "EN PROCESO" el presente documento NO genera las consecuencias por el no pago de multas descritas en el artículo 183 de la Ley 1801 de 2016.**
3. El reporte de la medida correctiva impuesta permanecerá para la consulta por parte de las autoridades de policía y entidades del Estado, por el lapso de un (01) año después de su cumplimiento (CERRADO), según Decreto 001284 del 31 de julio de 2017.
4. Si pasados seis meses a partir de la fecha de imposición de multa, hasta cuando el infractor no se ponga al día con el pago de la misma, se generan las consecuencias por el no pago descritas en el artículo 183 de la Ley 1801 de 2016, así:
  - o Obtener o renovar permiso de tenencia o porte de armas.
  - o Ser nombrado o ascendido en cargo público.
  - o Ingresar a las escuelas de formación de la Fuerza Pública.
  - o Contratar o renovar contrato con cualquier entidad del Estado.
  - o Obtener o renovar el registro mercantil en las cámaras de comercio.
5. Es de responsabilidad del infractor acudir ante la autoridad de policía que impuso la medida correctiva para actualizar el estado de cumplimiento o no procedencia en el Registro Nacional de Medidas Correctivas.
6. Información extraída del Registro Nacional de Medidas Correctivas (artículo 184 de la Ley 1801 de 2016).

|  |  |  |
|--|--|--|
| Información  |  | 515 9000   |
|  <b>Dios y Patria</b> | <b>Policía Nacional de Colombia</b><br>Dirección General - Cra. 59 Nº 26 - 21<br>Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.<br>Línea de atención: 018000-910112 |  <b>COLOMBIA</b><br>POTENCIA DE LA<br><b>VIDA</b> |
|  |  |   |



## CERTIFICA QUE:

El (La) Señor(a) **CORREDOR CARDENAS WENDY JOLANY** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **1093772085** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **Cotizante**.

Estado de la Afiliación: **Activo**  
IPS de atención: **CLINICA INMACULADA CONCEPCION IPS**  
Categoría: **A**  
Fecha de afiliación: **01/10/2023**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) **A QUIEN INTERESE** el 24 de abril del 2026. Esta es el reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

### Observaciones:

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web [www.mutualseer.com](http://www.mutualseer.com) opción Ser Afiliado
- Línea permanente 24 Horas 018000116882

Cordialmente,

---

**LUIS BARRAZA**  
**Director de Operaciones - Contributivo**  
**[infocontributivo@mutualseer.org](mailto:infocontributivo@mutualseer.org)**  
**MUTUAL SER EPS**



**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:**

**WENDY JOLANY CORREDOR CARDENAS**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.093.772.085**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 24 de Abril del 2026.

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.



# LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

## CERTIFICA QUE:

WENDY JOLANY CORREDOR CARDENAS identificado con CC. 1093772085 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

| INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE |                                |
|-----------------------------|--------------------------------|
| Nombres y/o Razón           | ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEÓN |
| Tipo y Numero de Documento  | NI - 819001483                 |

| INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL |                            |                            |  |
|------------------------------|----------------------------|----------------------------|--|
| Fecha de inicio de cobertura | 2026/02/07                 | Fecha inicio contrato      | 2026/02/01   |
| Tipo de vinculación          | Independiente con Contrato | Fecha de fin contrato      | 2026/05/31   |
| Riesgo                       | 3                          | Código actividad económica | 3861001 - Actividades de hospitales y clínicas, con internación, comprende las actividades que consisten principalmente en |
| Estado afiliación            | Activa                     | Estado del contrato        | Activa   |
| Fecha retiro                 | -                          |                            |  |

Esta certificación se expide a los 24 días del mes de abril del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en [www.positivaenlinea.gov.co](http://www.positivaenlinea.gov.co) para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC24042026N1093772085A17474231**. Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL  
**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S. A.**

**Positiva Compañía de Seguros S.A.:**  
Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

**Defensor del Consumidor Financiero:** Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | [defensordelcliente@positiva.gov.co](mailto:defensordelcliente@positiva.gov.co) | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. – 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.

Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>  
Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de

LA ASEGURADORA  
DE TODOS LOS  
COLOMBIANOS



|                               |                                    |                     |               |
|-------------------------------|------------------------------------|---------------------|---------------|
| <b>SUBGERENCIA CIENTIFICA</b> |                                    | Vigencia: 2024-2027 |               |
| Código: AM-SC-01              | NIT: 819001483-1                   | Copia Controlada    |               |
|                               | CÓDIGO DE PRESTADOR:<br>4755500106 | Versión: 3          | Página 1 de 2 |

**SI EL DECLARANTE ES PERSONA NATURAL**

|  |                        |                                |  |                |          |
|--|------------------------|--------------------------------|--|----------------|----------|
| <b>NOMBRE COMPLETO</b>   |                        | Wendy Jolany Corredor cardenas |  | <b>TIPO ID</b> | C.C      |
| <b>NÚMERO ID</b>   | 1.093.772.085          | <b>DIRECCIÓN:</b>              | Carrera 11 # 11-35   |                |          |
| <b>CIUDAD:</b>   | Plato                  | <b>DEPARTAMENTO:</b>           | Magdalena  | <b>PAÍS:</b>   | Colombia |
| <b>TELÉFONO (PRINCIPAL):</b>   |                        | <b>CELULAR:</b>                | 3225677822   | <b>OTRO:</b>   |          |
| <b>EMAIL:</b>  | wendyyjean@hotmail.com |                                |  |                |          |
| ¿ES SERVIDOR PÚBLICO?: <input type="checkbox"/> SI / <input checked="" type="checkbox"/> NO  |                        |                                | ¿MANEJA RECURSOS PÚBLICOS O GOZA DE PODER PÚBLICO?: <input type="checkbox"/> SI / <input checked="" type="checkbox"/> NO |                |          |
| ¿TIENE CONDICION DE PERSONA EXPUESTA PÚBLICAMENTE?: <input type="checkbox"/> SI / <input checked="" type="checkbox"/> NO   |                        |                                |  |                |          |
| ¿REALIZA OPERACIONES INTERNACIONALES (Importaciones, Inversiones, Préstamos, Envío y Recepción de Giros, Pagos de Servicios, Transferencias, entre otras)?: <input type="checkbox"/> SI / <input checked="" type="checkbox"/> NO |                        |                                |  |                |          |

**SI EL DECLARANTE ES PERSONA JURÍDICA**

|   |  |                      |           |
|---|--|----------------------|-----------|
| <b>RAZON SOCIAL</b>   |  | <b>NIT:</b>          |           |
| <b>DIRECCIÓN:</b>   |  |                      |           |
| <b>CIUDAD:</b>  |  | <b>DEPARTAMENTO:</b> | MAGDALENA |
|   |  | <b>PAÍS:</b>         | COLOMBIA  |
| <b>TELÉFONO (PRINCIPAL):</b>  |  | <b>OTROS:</b>        |           |
| <b>EMAIL:</b>   |  | <b>CELULAR:</b>      |           |
|   |  | <b>PÁGINA WEB</b>    |           |
| <b>CIUDADES</b>   |  | <b>SUCURSALES:</b>   |           |
| ¿REALIZA OPERACIONES INTERNACIONALES (Importaciones, Inversiones, Préstamos, Envío y Recepción de Giros, Pagos de Servicios, Transferencias, entre otras)?: <input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO |  |                      |           |

**DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL**

|   |  |                                    |  |
|---|--|------------------------------------|--|
| <b>NOMBRE DEL CONTRATISTA/REPRESENTANTE LEGAL</b>   |  | <b>Documento de Identificación</b> |  |
|   |  | <b>Teléfono Directo</b>            |  |
|   |  | <b>e-mail</b>                      |  |
| Es persona expuesta públicamente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |  |                                    |  |

**ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES**

|   |  |   |
|---|--|---|
| ¿REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA?: <input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO | IMPORTACIONES: <input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO | EXPORTACIONES: <input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO                    |
| INVERSIONES: <input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO                                | PRESTAMOS: <input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO     | ¿POSEE PRODUCTOS EN EL EXTERIOR?: <input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO |

**DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS**

Diligencie el siguiente campo donde exprese el origen de los recursos de las actividades que usted desarrolla (detallar ocupación, oficio, actividad o negocio):  
Mis recursos provienen de mis actividades como técnico en auxiliar de enfermería en la ESE Hospital Fray Luis Leon

**EL DECLARANTE MANIFIESTA QUE:**

**DECLARACIONES**

Declaro que la información contenida en el presente formulario es veraz y verificable, que conozco las sanciones legales en el caso de falsedad en los datos aquí contenidos y me comprometo a mantenerla actualizada.

Declaro de manera libre, espontánea y bajo la gravedad de juramento (que se entiende prestado con la imposición de mi firma en este formato), que no me encuentro inmerso en ninguna causal de inhabilidad e incompatibilidad que me inhabilite para celebrar el presente, de conformidad con lo establecido en el decreto ley 2463 de 1981, ni en los conflictos de interés contemplados en la ley 789/02, normas que declaro que conozco.

Con el fin de dar cumplimiento a las normas legales vigentes y a los procedimientos de la Compañía sobre el Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo - SARLAFT, de manera voluntaria realizo las siguientes declaraciones:

- Declaro que tanto mi (nuestra) actividad, como profesión u oficio es lícita, ejercida dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código penal colombiano.
- Que los recursos o bienes que utilizaré (mos) en desarrollo de nuestra (s) labor (es) con LA ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE ELON mantendrán su condición de legalidad, de conformidad con las leyes vigentes.
- Que no admitiré (mos) que terceros efectúen depósitos en mis (nuestras) cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier otra norma que lo modifique o adicione; ni efectuaré (mos) transacciones destinadas a favorecer tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.
- Que todas las actividades e ingresos que percibo (imos) provienen de negocios lícitos y que los recursos que se deriven del desarrollo de mis actividades no se destinan a financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
- Que no me (nos) encuentro (encontramos) reportado (s) en las listas restrictivas internacionales OFAC (Lista Clinton), ONU (Lista de la Organización de las Naciones Unidas) que sean vinculantes para Colombia de conformidad con el derecho internacional y que estén relacionadas con actividades de narcotráfico, lavado de activos, subversión, terrorismo, tráfico de armas o delitos asociados al turismo sexual con menores de edad.
- Que a la fecha y según nuestro leal saber y entender, en mi (nuestra) contra o algunos de mi (nuestros) familiares o cónyuge no se adelanta ninguna investigación por ninguno de los hechos anteriores. LA ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON está facultada para efectuar las verificaciones que considere pertinentes y para dar por terminada cualquier relación comercial o jurídica si verifica que figuro (amos) en las listas restrictivas.
- Que es de mi (nuestro) conocimiento y debido cumplimiento aplicar las normas colombianas relacionadas con la prevención y control del Lavado de Activos, Anticorrupción y Financiación del Terrorismo que le son aplicables.
- Las garantías y aseveraciones aquí contenidas estarán vigentes mientras nosotros tengamos negocios con LA ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON. Autorizo

Elaboró: Subgerencia Científica

Aprobó: Subgerencia Científica

N. 819001483-1

D. Vía 14 kra 11 esquina, carretera de los contenedores

C. gerencia@hospitalfrayluis.gov.co

Tel: 6054852065

Fray Luis De Leon



|                               |  |                     |               |
|-------------------------------|--|---------------------|---------------|
| <b>SUBGERENCIA CIENTIFICA</b> |  | Vigencia: 2024-2027 |               |
| Código: AM-SC-01              | NII: 819001483-1<br>CÓDIGO DE PRESTADOR:<br>4755500106 | Copia Controlada    |               |
|                               |  | Versión: 3          | Página 2 de 2 |

(amos) a mantener indemne cualquier acuerdo, beneficio, subsidio, negocio o contrato celebrado con LA ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON, sus representantes legales, administradores y directores, de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa, incompleta, inconsistente o inexacta que yo (nosotros) hubieremos proporcionado.

9. Conforme al Art. 83 de la Constitución Política de Colombia, manifiesto (amos) bajo gravedad de juramento, que los conceptos, datos y demás información consignada en el presente formato son correctos y fiel expresión de la verdad.

Los datos aquí consignados obedecen a la realidad, y declaro (amos) haber leído, entendido y aceptado libremente el presente documento. Por tanto, autorizo (amos) de manera voluntaria el uso y tratamiento de los datos suministrados para dar cumplimiento a los procesos adelantados por LA ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON, de acuerdo a lo establecido en la LEY 1581 de 2012 y reglamentado en el DECRETO 1377 de 2013.

En constancia de haber leído, entendido, manifestado y aceptado lo anterior, se firma el presente documento a los 24 días del mes de abril del 2026

*Wendy Yolany Corredor C*

FIRMA CONTRATISTA



HUELLA

Plato Magdalena 24 de abril de 2026

CIUDAD Y FECHA

La información remitida sólo tendrá validez si el formato está firmado por el contratista /representante legal.

#### ASPECTOS GENERALES

ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON se reserva el derecho de aceptar a las personas naturales o jurídicas que considere aptas para ser inscritas en el Registro de clientes y/o contrapartes.

Cualquier información adicional o inquietud favor dirigirla a la siguiente dirección de correo electrónico: [gerencia@hospitalfrayluis.gov.co](mailto:gerencia@hospitalfrayluis.gov.co)

#### OBSERVACIONES

Elaboró: Subgerencia Científica

Aprobó: Subgerencia Científica

N. 819001483-1

D. Vía 14 kra 11 esquina, carretera de los contenedores

C. [gerencia@hospitalfrayluis.gov.co](mailto:gerencia@hospitalfrayluis.gov.co)

Tel: 6054852065

[esehospitalfrayluisdeleon](#) Fray Luis De Leon



## 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 1093772085 **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 24/04/2026 11:41 PM



Código Verificación: **6MCXJ7SEKG**

Válida hasta: **24/07/2026**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

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

## 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 23:42:42 horas del 24/04/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1093772085**, Apellidos y Nombres **CORREDOR CARDENAS WENDY JOLANY**

### NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON**, con NIT **819001483-1** 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>



**CONFIANZA****Swiss Re**  
Corporate Solutions

NIT: 860.070.374-9

Referencia para pago electrónico:

0900291250

Nit: 1093772085

DV: 7

Tomador: WENDY JOLANY CORREDOR CARDENAS

Póliza: 802073351

Certificado: RM26575

UBICACION: SANTA MARTA

Valor Póliza:\$ 154,700

FECHA DE

|    |    |      |
|----|----|------|
| DD | MM | AAAA |
|----|----|------|

**Canales de Pago:**

- PSE en nuestra pagina web [www.confianza.com.co](http://www.confianza.com.co) en Pagos Confianza PC, regístrese con c.c. o nit y el dígito de verificación, seleccione la opción: PSE/tarjeta de crédito.

- En entidades bancarias y corresponsales: (con código de barras, presentando este cupón)

**Bancos:**

BBVA Davivienda Banco de Bogotá

**Corresponsales bancarios:**

Corresponsales bancarios de Bancolombia

Grupo Éxito-Carulla

Surtimax

Olimpica

Movilred

Grupo Gelsa

Corresponsal Daviplata-punto red

Otros consúltelos en nuestra página web.

Copidrogas

Red Cerca

EDEQ

Full recarga

| CANTIDAD DE CHEQUES      | COD. BANCO | CHEQUE No. | VALOR        |
|--------------------------|------------|------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> |            |            | CHEQUES \$   |
|                          |            |            | EFFECTIVO \$ |
|                          |            |            | (*) TOTAL    |



(415)7709998911901(8020)0900291250

**IMPORTANTE:**

- Si se requiere pagar más de una póliza, genere su cupón de pago en [www.confianza.com.co](http://www.confianza.com.co) en Pagos Confianza PC, regístrese con c.c. o nit y el dígito de verificación y seleccione las pólizas en la opción: Cupón de pagos.

- Es importante que esté actualizado su correo electrónico ya que a este le llegará su recibo de caja en línea, si paga por estos medios.

- No se reciben pagos mixtos.

(\*) el valor a pagar puede ser menor o igual al valor de la póliza. No se reciben valores mayores al estipulado en este cupón.

**- CLIENTE -**Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C.- Colombia. [centrodecontacto@confianza.com.co](mailto:centrodecontacto@confianza.com.co)**CONFIANZA****Swiss Re**  
Corporate Solutions

NIT: 860.070.374-9

Referencia para pago electrónico:

0900291250

Nit: 1093772085

DV: 7

Tomador: WENDY JOLANY CORREDOR CARDENAS

Póliza: 802073351

Certificado: RM26575

UBICACION: SANTA MARTA

Valor Póliza:\$ 154,700

FECHA DE

|    |    |      |
|----|----|------|
| DD | MM | AAAA |
|----|----|------|

**Canales de Pago:**

- PSE en nuestra pagina web [www.confianza.com.co](http://www.confianza.com.co) en Pagos Confianza PC, regístrese con c.c. o nit y el dígito de verificación, seleccione la opción: PSE/tarjeta de crédito.

- En entidades bancarias y corresponsales: (con código de barras, presentando este cupón)

**Bancos:**

BBVA Davivienda Banco de Bogotá

**Corresponsales bancarios:**

Corresponsales bancarios de Bancolombia

Grupo Éxito-Carulla

Surtimax

Olimpica

Movilred

Grupo Gelsa

Corresponsal Daviplata-punto red

Otros consúltelos en nuestra página web.

Copidrogas

Red Cerca

EDEQ

Full recarga

| CANTIDAD DE CHEQUES      | COD. BANCO | CHEQUE No. | VALOR        |
|--------------------------|------------|------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> |            |            | CHEQUES \$   |
|                          |            |            | EFFECTIVO \$ |
|                          |            |            | (*) TOTAL    |



(415)7709998911901(8020)0900291250

**IMPORTANTE:**

- Si se requiere pagar más de una póliza, genere su cupón de pago en [www.confianza.com.co](http://www.confianza.com.co) en Pagos Confianza PC, regístrese con c.c. o nit y el dígito de verificación y seleccione las pólizas en la opción: Cupón de pagos.

- Es importante que esté actualizado su correo electrónico ya que a este le llegará su recibo de caja en línea, si paga por estos medios.

- No se reciben pagos mixtos.

(\*) el valor a pagar puede ser menor o igual al valor de la póliza. No se reciben valores mayores al estipulado en este cupón.

**- BANCO -**Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C.- Colombia. [centrodecontacto@confianza.com.co](mailto:centrodecontacto@confianza.com.co)



**CONFIANZA**



Swiss Re  
Corporate Solutions

NIT: 860.070.374-9

Referencia para pago electrónico:

0900291250

Nit: 1093772085

DV: 7

Tomador: WENDY JOLANY CORREDOR GARDENAS

Póliza: 802073351

Certificado: RM26575

UBICACION: SANTA MARTA

Valor Póliza:\$

154,700

FECHA DE

DD MM AAAA

**Canales de Pago:**

- PSE en nuestra pagina web [www.confianza.com.co](http://www.confianza.com.co) en Pagos Confianza PC, regístrese con c.c. o nit y el dígito de verificación, seleccione la opción: PSE/tarjeta de crédito.

- En entidades bancarias y corresponsales: (con código de barras, presentando este cupón)

Bancos:

BBVA Davivienda Banco de Bogotá

Corresponsales bancarios:

Corresponsales bancarios de Bancolombia

Grupo Éxito-Carulla

Surtimax

Olimpica

Movilred

Grupo Gelsa

Corresponsal Daviplata-punto red

Otros consúltelos en nuestra página web.

Copidrogas

Red Cerca

EDEQ

Full recarga

| CANTIDAD DE CHEQUES      | COD. BANCO | CHEQUE No. | VALOR        |
|--------------------------|------------|------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> |            |            | CHEQUES \$   |
|                          |            |            | EFFECTIVO \$ |
|                          |            |            | (*) TOTAL    |



(415)7709998911901(8020)0900291250

**IMPORTANTE:**

- Si se requiere pagar más de una póliza, genere su cupón de pago en [www.confianza.com.co](http://www.confianza.com.co) en Pagos Confianza PC, regístrese con c.c. o nit y el dígito de verificación y seleccione las pólizas en la opción: Cupón de pagos.

- Es importante que esté actualizado su correo electrónico ya que a este le llegará su recibo de caja en línea, si paga por estos medios.

- No se reciben pagos mixtos.

(\*) el valor a pagar puede ser menor o igual al valor de la póliza. No se reciben valores mayores al estipulado en este cupón.

- CLIENTE -

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C.- Colombia. [centrodecontacto@confianza.com.co](mailto:centrodecontacto@confianza.com.co)



**CONFIANZA**



Swiss Re  
Corporate Solutions

NIT: 860.070.374-9

Referencia para pago electrónico:

0900291250

Nit: 1093772085

DV: 7

Tomador: WENDY JOLANY CORREDOR GARDENAS

Póliza: 802073351

Certificado: RM26575

UBICACION: SANTA MARTA

Valor Póliza:\$

154,700

FECHA DE

DD MM AAAA

**Canales de Pago:**

- PSE en nuestra pagina web [www.confianza.com.co](http://www.confianza.com.co) en Pagos Confianza PC, regístrese con c.c. o nit y el dígito de verificación, seleccione la opción: PSE/tarjeta de crédito.

- En entidades bancarias y corresponsales: (con código de barras, presentando este cupón)

Bancos:

BBVA Davivienda Banco de Bogotá

Corresponsales bancarios:

Corresponsales bancarios de Bancolombia

Grupo Éxito-Carulla

Surtimax

Olimpica

Movilred

Grupo Gelsa

Corresponsal Daviplata-punto red

Otros consúltelos en nuestra página web.

Copidrogas

Red Cerca

EDEQ

Full recarga

| CANTIDAD DE CHEQUES      | COD. BANCO | CHEQUE No. | VALOR        |
|--------------------------|------------|------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> |            |            | CHEQUES \$   |
|                          |            |            | EFFECTIVO \$ |
|                          |            |            | (*) TOTAL    |



(415)7709998911901(8020)0900291250

**IMPORTANTE:**

- Si se requiere pagar más de una póliza, genere su cupón de pago en [www.confianza.com.co](http://www.confianza.com.co) en Pagos Confianza PC, regístrese con c.c. o nit y el dígito de verificación y seleccione las pólizas en la opción: Cupón de pagos.

- Es importante que esté actualizado su correo electrónico ya que a este le llegará su recibo de caja en línea, si paga por estos medios.

- No se reciben pagos mixtos.

(\*) el valor a pagar puede ser menor o igual al valor de la póliza. No se reciben valores mayores al estipulado en este cupón.

- BANCO -

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C.- Colombia. [centrodecontacto@confianza.com.co](mailto:centrodecontacto@confianza.com.co)

Tipo de declaración

PERIÓDICO

Fecha de publicación

2025-10-15 09:52

Nombres y apellidos completos

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---------------|----------------|-----------------|------------------|
| WENDY         | JOLANY         | CORREDOR        | CARDENAS         |

Documento de identificación

Tipo

CEDULA DE CIUDADANIA

Número

1093772085

Lugar de nacimiento

País COLOMBIA

Departamento

ATLANTICO

Municipio

BARRANQUILLA

Lugar de domicilio

País COLOMBIA

Departamento

MAGDALENA

Municipio

PLATO

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 FRAY LUIS DE LEON - PLATO

Lugar de sede

País COLOMBIA

Departamento

MAGDALENA

Municipio

PLATO

Dirección

["Vía 14 kra 11 esquina, carretera de los contenedores"]

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 | \$12.400.000,00 |
| Cesantías e intereses de cesantías  |                 |
| Gastos de representación            |                 |
| Arriendos                           |                 |
| Honorarios                          |                 |
| Otros ingresos y rentas             |                 |
| TOTAL                               | \$12.400.000,00 |

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                 | \$14.000,00   |

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| Tipo de bien | País | Departamento | Municipio | Valor |
|--------------|------|--------------|-----------|-------|
|              |      |              |           |       |
|              |      |              |           |       |

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| Concepto | Saldo |
|----------|-------|
|          |       |

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí  No

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

| Nombre entidad o institución | Órgano | Calidad de miembro | País |
|------------------------------|--------|--------------------|------|
|                              |        |                    |      |
|                              |        |                    |      |
|                              |        |                    |      |
|                              |        |                    |      |

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí  No

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

| Nombre corporación, sociedad o asociación | Tipo | Calidad de socio | País |
|---|------|------------------|------|
|   |      |                  |      |
|   |      |                  |      |
|   |      |                  |      |
|   |      |                  |      |

### 1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí  No

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

| Detalle de las actividades | Forma participación |
|----------------------------|---------------------|
|                            |                     |
|                            |                     |
|                            |                     |
|                            |                     |

### 2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

#### 2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí  No

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

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---------------|----------------|-----------------|------------------|
|               |                |                 |                  |

Tipo documento  Número

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

#### 2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

### 2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí  No

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

### 2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí  No

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

| Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario | Calidad | Valor | País |
|---|---------|-------|------|
|   |         |       |      |
|   |         |       |      |
|   |         |       |      |
|   |         |       |      |

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí  No

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

| Tipo de inversión | Valor | País |
|-------------------|-------|------|
|                   |       |      |
|                   |       |      |
|                   |       |      |
|                   |       |      |

## 2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones:      Sí       No

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

| Nombre entidad | Valor |
|----------------|-------|
|                |       |
|                |       |
|                |       |
|                |       |

## 2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés:      Sí       No

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son: