



Libertad y Orden

## FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

### DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                        |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------|--|
| PRIMER APELLIDO<br>CHACON                                                                                                             |  | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>PARDO                                                                                                                                                    |  | NOMBRES<br>LUZ ESTELA                                                                  |  |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No 63253470 |  | GÉNERO<br>F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> NB <input type="radio"/>                                                                                              |  | NACIONALIDAD<br>COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> |  |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>                                            |  | NÚMERO                                                                                                                                                                                     |  | D.M.                                                                                   |  |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA<br>DIA 26 MES 09 AÑO 1978<br>PAÍS COLOMBIA<br>DEPTO SANTANDER<br>MUNICIPIO CIMITARRA             |  | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>CARRERA 9A A ESTE 9A 9 ESTE Carrera 9 No 8-29<br>PAÍS COLOMBIA DEPTO SANTANDER<br>MUNICIPIO CIMITARRA<br>TELÉFONO 3162244396 EMAIL estelachaconh@gmail.com |  |                                                                                        |  |

2

### FORMACIÓN ACADÉMICA

|                                                                                                                                                                |    |    |    |    |            |    |    |    |     |                 |     |                   |     |      |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|----|------------|----|----|----|-----|-----------------|-----|-------------------|-----|------|--|
| EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA                                                                                                                                       |    |    |    |    |            |    |    |    |     |                 |     |                   |     |      |  |
| MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO ( LOS GRADOS DE 1º. A 6º. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6º. A 11º. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA ) |    |    |    |    |            |    |    |    |     |                 |     |                   |     |      |  |
| EDUCACIÓN BÁSICA                                                                                                                                               |    |    |    |    |            |    |    |    |     | TÍTULO OBTENIDO |     | BÁSICA SECUNDARIA |     |      |  |
| PRIMARIA                                                                                                                                                       |    |    |    |    | SECUNDARIA |    |    |    |     | MEDIA           |     | FECHA DE GRADO    |     |      |  |
| 1º                                                                                                                                                             | 2º | 3º | 4º | 5º | 6º         | 7º | 8º | 9º | 10º | 11º             | MES | 12                | AÑO | 1995 |  |

|                                                                                                |                         |                          |    |                                          |             |                    |                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------|----|------------------------------------------|-------------|--------------------|----------------------------|
| 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). |                         |                          |    |                                          |             |                    |                            |
| MODALIDAD ACADÉMICA                                                                            | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO                 |    | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN |                    | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|                                                                                                |                         | SI                       | NO |                                          | MES         | AÑO                |                            |
| PREGRADO                                                                                       | 4                       | X                        |    | AUXILIAR DE ENFERMERIA                   | 11          | 2003               |                            |

3

### EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

#### EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

INF (EDUCACIÓN INFORMAL)

TR\_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4

IDIOMAS

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

| IDIOMA | LO HABLA |   |    | LO LEE |   |    | LO ESCRIBE |   |    |
|--------|----------|---|----|--------|---|----|------------|---|----|
|        | R        | B | MB | R      | B | MB | R          | B | MB |
|        |          |   |    |        |   |    |            |   |    |

5

EXPERIENCIA LABORAL

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

| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE                                     |  |  |                              |              |     |         |                            |                                     |     |    |     |    |     |      |
|---------------------------------------------------------------|--|--|------------------------------|--------------|-----|---------|----------------------------|-------------------------------------|-----|----|-----|----|-----|------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN DE CIMITARRA |  |  |                              | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |                            | PAÍS<br>COLOMBIA                    |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>SANTANDER                                     |  |  | MUNICIPIO<br>CIMITARRA       |              |     |         | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |                                     |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3183438610                                       |  |  | FECHA DE INGRESO             |              |     |         |                            | FECHA DE RETIRO                     |     |    |     |    |     |      |
|                                                               |  |  | Día                          | 01           | Mes | 10      | Año                        | 2024                                | Día |    | Mes |    | Año |      |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>AUXILIAR ENFERMERIA                |  |  | DEPENDENCIA<br>AUXILIAR      |              |     |         |                            | DIRECCIÓN<br>KM 1 VIA PUERTO ARAUJO |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                    |  |  |                              |              |     |         |                            |                                     |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN DE CIMITARRA |  |  |                              | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |                            | PAÍS<br>COLOMBIA                    |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>SANTANDER                                     |  |  | MUNICIPIO<br>CIMITARRA       |              |     |         | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |                                     |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS                                                     |  |  | FECHA DE INGRESO             |              |     |         |                            | FECHA DE RETIRO                     |     |    |     |    |     |      |
|                                                               |  |  | Día                          | 01           | Mes | 10      | Año                        | 2025                                | Día | 31 | Mes | 12 | Año | 2025 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA      |  |  | DEPENDENCIA<br>AREA DE SALUD |              |     |         |                            | DIRECCIÓN<br>km 1 via puerto araujo |     |    |     |    |     |      |

# 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 INTEGRADO SAN JUAN DE CIMITARRA |  |                              |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA                    |      | PAÍS<br>COLOMBIA                    |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>SANTANDER                                     |  | MUNICIPIO<br>CIMITARRA       |    |              |    | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |      |                                     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS                                                     |  | FECHA DE INGRESO             |    |              |    |                            |      | FECHA DE RETIRO                     |    |     |    |     |      |
|                                                               |  | Día                          | 01 | Mes          | 01 | Año                        | 2025 | Día                                 | 30 | Mes | 06 | Año | 2025 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>1347 AUXILIAR DE ENFERMERIA        |  | DEPENDENCIA<br>AREA DE SALUD |    |              |    |                            |      | DIRECCIÓN<br>km 1 via puerto araujo |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                    |  |                              |    |              |    |                            |      |                                     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN DE CIMITARRA |  |                              |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA                    |      | PAÍS<br>COLOMBIA                    |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>SANTANDER                                     |  | MUNICIPIO<br>CIMITARRA       |    |              |    | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |      |                                     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3183438610                                       |  | FECHA DE INGRESO             |    |              |    |                            |      | FECHA DE RETIRO                     |    |     |    |     |      |
|                                                               |  | Día                          | 01 | Mes          | 08 | Año                        | 2024 | Día                                 | 30 | Mes | 09 | Año | 2024 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>AUXILIAR ENFERMERIA                |  | DEPENDENCIA<br>AUXILIAR      |    |              |    |                            |      | DIRECCIÓN<br>KM 1 VIA PUERTO ARAUJO |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                    |  |                              |    |              |    |                            |      |                                     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN DE CIMITARRA |  |                              |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA                    |      | PAÍS<br>COLOMBIA                    |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>SANTANDER                                     |  | MUNICIPIO<br>CIMITARRA       |    |              |    | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |      |                                     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3183438610                                       |  | FECHA DE INGRESO             |    |              |    |                            |      | FECHA DE RETIRO                     |    |     |    |     |      |
|                                                               |  | Día                          | 14 | Mes          | 06 | Año                        | 2024 | Día                                 | 31 | Mes | 07 | Año | 2024 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>AUXILIAR ENFERMEIA                 |  | DEPENDENCIA<br>AUXILIAR      |    |              |    |                            |      | DIRECCIÓN<br>KM 1 VIA PUERTO ARAUJO |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                    |  |                              |    |              |    |                            |      |                                     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN DE CIMITARRA |  |                              |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA                    |      | PAÍS<br>COLOMBIA                    |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>SANTANDER                                     |  | MUNICIPIO<br>CIMITARRA       |    |              |    | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |      |                                     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3183438610                                       |  | FECHA DE INGRESO             |    |              |    |                            |      | FECHA DE RETIRO                     |    |     |    |     |      |
|                                                               |  | Día                          | 01 | Mes          | 01 | Año                        | 2020 | Día                                 | 08 | Mes | 07 | Año | 2022 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>AUXILIAR ENFERMERIA                |  | DEPENDENCIA<br>AUXILIAR      |    |              |    |                            |      | DIRECCIÓN<br>KM 1 VIA PUERTO ARAUJO |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                    |  |                              |    |              |    |                            |      |                                     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN DE CIMITARRA |  |                              |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA                    |      | PAÍS<br>COLOMBIA                    |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>SANTANDER                                     |  | MUNICIPIO<br>CIMITARRA       |    |              |    | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |      |                                     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3183438610                                       |  | FECHA DE INGRESO             |    |              |    |                            |      | FECHA DE RETIRO                     |    |     |    |     |      |
|                                                               |  | Día                          | 16 | Mes          | 11 | Año                        | 2012 | Día                                 | 01 | Mes | 08 | Año | 2017 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>143- AUXILIAR DE ENFERMERIA        |  | DEPENDENCIA<br>AUXILIAR      |    |              |    |                            |      | DIRECCIÓN<br>KM 1 VIA PUERTO ARAUJO |    |     |    |     |      |

# FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                             |  |  |                                        |         |     |              |     |                            |                 |    |     |    |     |      |
|--------------------------------------------------------|--|--|----------------------------------------|---------|-----|--------------|-----|----------------------------|-----------------|----|-----|----|-----|------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>Cargando...                       |  |  |                                        | PÚBLICA |     | PRIVADA<br>X |     | PAÍS<br>COLOMBIA           |                 |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>SANTANDER                              |  |  | MUNICIPIO<br>CIMITARRA                 |         |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |                 |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>266185                                    |  |  | FECHA DE INGRESO                       |         |     |              |     |                            | FECHA DE RETIRO |    |     |    |     |      |
|                                                        |  |  | Día                                    | 01      | Mes | 10           | Año | 2001                       | Día             | 30 | Mes | 09 | Año | 2002 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>050 AUXILIAR ADMINISTRATIVO |  |  | DEPENDENCIA<br>AUXILIAR ADMINISTRATIVO |         |     |              |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 6     |                 |    |     |    |     |      |

6

### EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

7

### TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN                   | TIEMPO DE EXPERIENCIA |       |
|-----------------------------|-----------------------|-------|
|                             | AÑOS                  | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO            | 8                     | 9     |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 1                     | 0     |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE    | 0                     | 0     |
| EXPERIENCIA DOCENTE         | 0                     | 0     |



## FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

8

FIRMA DEL SERVIDOR 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

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA  
63253470

NUMERO

CHACON PARDO

APELLIDOS

LUZ ESTELA

NOMBRES



FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 26-SEP-1978

CIMITARRA  
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

11-MAR-1997 CIMITARRA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION



REGISTRADOR NACIONAL  
IVAN DUGUE ESCOBAR



A-2704500-59088643-F-0063253470-20010619 0457901186A 01 094535755

nació 26. Septiembre 78

REPUBLICA DE COLOMBIA  
REGISTRO CIVIL

Superintendencia de Notariado y Registro



Indicativo  
Serial  
3263999

COMPROBANTE DE INSCRIPCION  
DE NACIMIENTO

IDENTIFICACION No.

|   |              |   |              |
|---|--------------|---|--------------|
| 1 | Parte básica | 2 | Parte compl. |
| 7 | 8            | 9 | 2            |

|                       |                                               |                      |                                              |            |        |
|-----------------------|-----------------------------------------------|----------------------|----------------------------------------------|------------|--------|
| 3                     | Clase (Notaría, Alcaldía, Corregiduría, etc.) | 4                    | Municipio y Departamento, Int. o Comisar. la |            |        |
| ALCALDIA MUNICIPAL    |                                               | CLAYTONA (SANTANDER) |                                              |            |        |
| 6                     | Primer apellido                               | 7                    | Segundo apellido                             | 8          | Nombre |
| CHACON                |                                               | PARDO                |                                              | LUZ ESTELA |        |
| 45                    | Día                                           | 46                   | Mes                                          | 47         | Año    |
| 26                    |                                               | Oct                  |                                              | 78         |        |
| FECHA DE INSCRIPCION  |                                               |                      |                                              |            |        |
| Firma del Funcionario |                                               |                      |                                              |            |        |

INSTRUCCIONES  
AL DENUNCIANTE  
Los datos más importantes del registro de la persona inscrita están relacionados en este comprobante. Por tanto, consérvelo cuidadosamente, pues en el futuro le facilitará la realización de consultas y la solicitud de certificados y copias. Presente el comprobante dentro de los días en esta oficina para completar la IDENTIFICACION que el Servicio Nacional de Inscrición le asignará al inscrito.



SECRETARIA  
SALUD DE  
SANTANDER  
QUE SALUDAS CON FIDELIDAD

Ministerio de la Protección Social  
**Gobernación de Santander**  
Secretaría de Salud de Santander

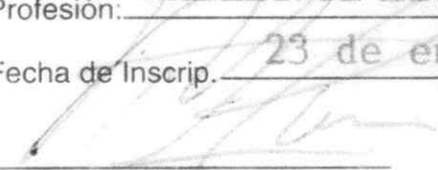
Resolución No. 454/06

Nombre: LUZ ESTELA CHACON PARDO

C.C. No. 63.253.470 de Cimitarra (S/der)

Profesión: AUXILIAR DE ENFERMERIA

Fecha de Inscrip. 23 de enero de 2006

  
Secretario de Salud Deptal

Vigilancia y Control

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                  |                                                               |                                                 |                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------|
| DIAN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | Formulario del Registro Único Tributario                                                                                         |                                                               | 001                                             |                            |
| 2. Concepto 0 2 Actualización                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | 4. Número de formulario 141148937431                                                                                             |                                                               |                                                 |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | <br>(415)7707212489984(8020) 000014114893743 1 |                                                               |                                                 |                            |
| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT)<br>6 3 2 5 3 4 7 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | 6. DV<br>3                                                                                                                       | 12. Dirección seccional<br>Impuestos y Aduanas de Bucaramanga |                                                 | 14. Buzón electrónico<br>4 |
| IDENTIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                  |                                                               |                                                 |                            |
| 24. Tipo de contribuyente<br>Persona natural o sucesión ilíquida                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | 25. Tipo de documento<br>Cédula de Ciudadanía                                                                                    |                                                               | 26. Número de Identificación<br>6 3 2 5 3 4 7 0 |                            |
| Lugar de expedición<br>COLOMBIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | 28. País<br>1 6 9                                                                                                                |                                                               | 29. Departamento<br>Santander                   |                            |
| 30. Ciudad/Municipio<br>Cimitarra                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | 31. Primer apellido<br>CHACON                                                                                                    |                                                               | 32. Segundo apellido<br>PARDO                   |                            |
| 33. Primer nombre<br>LUZ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | 34. Otros nombres<br>ESTELA                                                                                                      |                                                               | 35. Razón social                                |                            |
| 36. Nombre comercial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | 37. Sigla                                                                                                                        |                                                               |                                                 |                            |
| USIACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                  |                                                               |                                                 |                            |
| 38. País<br>COLOMBIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | 39. Departamento<br>Santander                                                                                                    |                                                               | 40. Ciudad/Municipio<br>Cimitarra               |                            |
| 41. Dirección principal<br>CR 9 A 8 27 BRR EL DIAMANTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                  |                                                               |                                                 |                            |
| 42. Correo electrónico<br>estelachacoh@gmail.com                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                  |                                                               |                                                 |                            |
| 43. Código postal<br>6 8 6 0 4 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | 44. Teléfono 1<br>3 1 6 2 2 4 4 3 9 6                                                                                            |                                                               |                                                 |                            |
| 45. Teléfono 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                  |                                                               |                                                 |                            |
| CLASIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                  |                                                               |                                                 |                            |
| Actividad económica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                  |                                                               | Ocupación                                       |                            |
| Actividad principal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | Actividad secundaria                                                                                                             |                                                               | Otras actividades                               |                            |
| 46. Código<br>8 6 1 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | 47. Fecha inicio actividad<br>2 0 0 3 0 1 0 1                                                                                    |                                                               | 48. Código<br>9 0 0 7                           |                            |
| 49. Fecha inicio actividad<br>2 0 0 2 0 1 0 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | 50. Código<br>1 2                                                                                                                |                                                               | 51. Código                                      |                            |
| 52. Número establecimientos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                  |                                                               |                                                 |                            |
| Responsabilidades, Calidades y Atributos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                  |                                                               |                                                 |                            |
| 53. Código<br>4 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                  |                                                               |                                                 |                            |
| 49 - No responsable de IVA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                  |                                                               |                                                 |                            |
| Usuarios aduaneros                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                  |                                                               |                                                 |                            |
| Exportadores                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                  |                                                               |                                                 |                            |
| 54. Código                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                  |                                                               |                                                 |                            |
| 55. Forma                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                  |                                                               |                                                 |                            |
| 56. Tipo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                  |                                                               |                                                 |                            |
| Servicio                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                  |                                                               |                                                 |                            |
| 57. Modo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                  |                                                               |                                                 |                            |
| 58. CPC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                  |                                                               |                                                 |                            |
| IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                  |                                                               |                                                 |                            |
| Para uso exclusivo de la DIAN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                  |                                                               |                                                 |                            |
| 59. Anexos SI NO X                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                  |                                                               |                                                 |                            |
| 60. No. de Folios: 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                  |                                                               |                                                 |                            |
| La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012. |  |                                                                                                                                  |                                                               |                                                 |                            |
| Firma del solicitante:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                  |                                                               |                                                 |                            |
| Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                  |                                                               |                                                 |                            |
| Firma autorizada:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                  |                                                               |                                                 |                            |
| 984. Nombre CHACON PARDO LUZ ESTELA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                  |                                                               |                                                 |                            |
| 985. Cargo CONTRIBUYENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                  |                                                               |                                                 |                            |

**Luz Estela Chacón Pardo**

| HEPATITIS B |                  |                  |      |            |
|-------------|------------------|------------------|------|------------|
| Dosis       | Fecha Programada | Fecha Vacunación | Lote | Vacunado   |
| 1ª          |                  | 15-11-11         | 0742 | 2012-11-11 |
| 2ª          |                  |                  |      |            |
| 3ª          |                  |                  |      |            |

Refuerzo:

| HEPATITIS A Y B |                  |                  |      |          |
|-----------------|------------------|------------------|------|----------|
| Dosis           | Fecha Programada | Fecha Vacunación | Lote | Vacunado |
| 1ª              |                  |                  |      |          |
| 2ª              |                  |                  |      |          |
| 3ª              |                  |                  |      |          |

Refuerzo:

**IPS SOA-CRS LTDA**

**CARNET DE VACUNACIÓN** Salud Ocupacional Asesoría y Servicios  
Examen Médico de Trabajo y Vigilancia Epidemiológica

NOMBRE: Luz Estela Chacón  
SEXO: Femenino  
C.C.: 63.253.470  
FECHA NACIMIENTO: 26 Sept 1978  
SANGRE: \_\_\_\_\_ RH: \_\_\_\_\_

Ha sido vacunado(a) contra: Hepatitis B

|          | Fecha      | Lote  | Firma y Sello  |
|----------|------------|-------|----------------|
| 1ª Dosis | 0 ABR 2015 | 03002 | <i>[Firma]</i> |
| 2ª Dosis |            |       |                |
| 3ª Dosis |            |       |                |

\* Adhesivos adhesivos a partir de las 18 años

Tel. 6284113 - Cel. 318 - 6228413  
Calle 25 No. 22-32, Coral 101  
Barranquilla, Santander

**VACUMEDICA**  
CENTRO DE VACUNACIÓN S.A.S.  
CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

Nombre: Luz Estela Chacón  
Fecha de Nacimiento: 26 Sep 78 63.253.470

**Ministerio de la Protección Social**  
República de Colombia

**Certificado de Vacunación del Adulto**

Nombre: Luz Estela  
Apellidos: Chacón Pardo  
Documento de Identidad: CC 63.253.470  
Fecha de Nacimiento: 26 09 1978

| Biológico              | Fecha    | Fabricante y Lote | Validez | Firma                   |
|------------------------|----------|-------------------|---------|-------------------------|
| Contra Fiebre Amarilla |          |                   |         |                         |
| Contra Influenza       | 1        | 6-11-13           | 1 AÑO   | <i>[Firma]</i>          |
| Otras                  |          |                   |         |                         |
| ANÁLISIS               | 30/03/10 | 107037P3          |         | <i>[Firma]</i><br>D-296 |

**GOBERNACIÓN DE SANTANDER**  
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL  
Unidad de Vigilancia Epidemiológica

Nombre: Luz Estela Chacón Pardo  
Documento de Identificación: 63.253.470  
Grupo Sanguíneo: B  
Municipio: Barranquilla

| VACUNA                      | No. DE DOSIS | REF |
|-----------------------------|--------------|-----|
| Toraxo Tetánico Certificado | 1            | 04  |
| Fiebre Amarela              | 1            | 04  |
| Bacilo - Sarampión          | 2            | 04  |
| Anticuerpos                 |              |     |
| Hepatitis B                 |              |     |

طريق

| VACUNA                   | J. DORIS     | DON          | ALVARO | PAULINO |
|--------------------------|--------------|--------------|--------|---------|
| HEPATITIS B              |              |              |        |         |
| HIVATIS A                | <i>dic 4</i> | <i>dic 4</i> |        |         |
| GRIPE PARA PROFESIONALES |              |              |        |         |
| TUBER CUAL               |              |              |        |         |
| FIEBRE TIFOSA            |              |              |        |         |
| ELIMINANDO               |              |              |        |         |
| E.T.M.C.O.               |              |              |        |         |
| E.T.M.C.O.               |              |              |        |         |
| VACCINA                  |              |              |        |         |
| F. TUBOS                 |              |              |        |         |



**RvG**  
I.P.S. 1988

Nombre Luz Estrella Cármon  
Doc. de Identidad 68253470  
Fecha Nacimiento 26/9/1978.  
Teléfono 3162244396



SaludCoop

**Certificado de  
vacunación**

Introducción: 51,000 p.  
Nombre: Estela Chacon  
Identificador: 63253470 lit: \_\_\_\_\_

| Fecha    | Evento   | Localidad | Estado | País |
|----------|----------|-----------|--------|------|
| 14-04-12 | 14-04-12 | CH        | GU     | AD   |
|          |          |           |        |      |
|          |          |           |        |      |



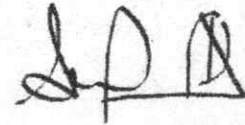


|                 |                         |                  |                      |
|-----------------|-------------------------|------------------|----------------------|
| Sede:           | SEDE AURORA             | Fecha Recepción: | 2024-12-20 16:35:19  |
| Orden No.       | 10103375                | Fecha Impresión: | 2024-12-23 11:10:40. |
| Paciente:       | LUZ STELLA CHACON PARDO | Médico:          | MEDICOS VARIOS       |
| Identificación: | 63253470                | Edad/Sexo:       | 45 A / F             |
| Convenio:       | ESE CIMITARRA           |                  |                      |

| ANALISIS                                                     | RESULTADO | UNIDADES | VALORES DE REFERENCIA |
|--------------------------------------------------------------|-----------|----------|-----------------------|
| <b>INMUNOLOGIA</b>                                           |           |          |                       |
| HEPATITIS B. ANTICUERPOS<br>CONTRA EL ANTÍGENO DE SUPERFICIE | 1.34      | mIU/mL   |                       |

TÉCNICA: QUIMIOLUMINISCENCIA  
Reactivo: Mayor o igual de 10 mIU/mL  
No Reactivo: Menor de 10 mIU/mL

—  
**CONTROL DE VACUNACIÓN**  
Revacunación: Menor o igual a 10  
Niveles de protección: 10 - 100  
Niveles de inmunidad: Mayor de 100



ANDREA CAROLINA LEAL DIAZ  
BACTERIOLOGA  
1098636931  
Validación 21/12/2024 10.41 AM

# Carné Digital de Vacunación

# Colombia

## Esquema de Vacunación



### VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD



ID: 3ed57d42-e1e6-4497-8340-95ef1c5560c6

Nombres y apellidos / Full name

LUZ ESTELA CHACON PARDO

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

6 3 2 5 3 4 7 0

Fecha de nacimiento / Date of birth

26/09/1978

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

3162244396

Correo electrónico / e-mail

### Datos de Vacunación / Vaccination detail

| Vacuna                         | Dosis           | Fecha de aplicación |       |      | Laboratorio       | Número de Lote | IPS Vacunadora                                        | Nombres y apellidos del vacunador                |
|--------------------------------|-----------------|---------------------|-------|------|-------------------|----------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
|                                |                 | Date of vaccination |       |      |                   |                |                                                       |                                                  |
| Vaccine                        | Doses           | Día                 | Mes   | Año  | Laboratory        | Vaccine Batch  | Administering Center                                  | Full name Vaccinator                             |
|                                |                 | Day                 | Month | Year |                   |                |                                                       |                                                  |
| INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS   | Anual           | 7                   | 5     | 2014 |                   | V501024        | CIMITARRA ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN             |                                                  |
| INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS   | Anual           | 22                  | 11    | 2016 |                   | N3B881V        | CIMITARRA ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN             |                                                  |
| COVID SINO VAC                 | Primera         | 8                   | 3     | 2021 |                   | A2021010044    | CIMITARRA ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN             | monica campos                                    |
| COVID SINO VAC                 | Segunda         | 5                   | 4     | 2021 |                   | E202102012     | CIMITARRA ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN             | monica campos                                    |
| INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS   | Anual           | 6                   | 8     | 2021 |                   |                | ESE CIMITARRA                                         | YAMILE RAMOS                                     |
| COVID MODERNA                  | Primer Refuerzo | 6                   | 1     | 2022 | Moderna Biotech   | 005H21A        | CIMITARRA ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN             | FLOR HENAO                                       |
| INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS   | Anual           | 29                  | 5     | 2024 | Green Cross       | V50524002      | CIMITARRA ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN             | FLOR MARIA HENAO MORALES - CC28070002 - Inactivo |
| Hepatitis B Adultos Particular | Primera         | 21                  | 3     | 2025 |                   | UFX24502       | CIMITARRA ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN - SANTANDER | FLOR MARIA HENAO MORALES - CC28070002 - Inactivo |
| Triple Viral Particular        | Refuerzo        | 19                  | 6     | 2025 |                   | 0153N005A      | CIMITARRA ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN             | ELSA V                                           |
| INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS   | Anual           | 19                  | 6     | 2025 | GC BIOPHARMA CORP | V50525005      | CIMITARRA ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN             | FLOR MARIA HENAO MORALES - CC28070002 - Inactivo |
| Hepatitis B Adultos Particular | Segunda         | 30                  | 7     | 2025 |                   | UFX24505       | CIMITARRA ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN - SANTANDER | FLOR MARIA HENAO MORALES - CC28070002 - Inactivo |

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información PAIWEB del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministry of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from PAIWEB, according to the Wide Program of Immunization - PAI (by its acronym in Spanish: Programa Ampliado de Inmunización).

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

 Luz Estela Chacón Pardo



La República de Colombia  
y en su nombre

## El Colegio Integrado del Carare

Cimitarra - Santander

Autorizado por la Gobernación del Departamento según Resolución No.  
7319 del 29 de octubre de 1993

Confiere a

Luz Estela Chacón Pardo

Identificado(a) con T.I. No. 780926 - 12812 Expedido en Cimitarra

El Título de

### Bachiller Académico

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

Rector

Secretario



Anotado en el control interno del plantel en el

Libro No. 01. Folio No. 06. Diploma No. 18

Dado en Cimitarra, a 7 de Diciembre de 1995

## Acta de Grado

Inscripción S.E. 072

DANE : 168190-80818

En la ciudad de Cimitarra de Santander a los SIETE (7) días del mes de DICIEMBRE, del año 1995, se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría DEL COLEGIO INTEGRADO DEL CARARE.

Institución aprobada hasta 1997, en el nivel de educación media vocacional y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el TÍTULO DE BACHILLER ACADÉMICO, según Resolución N°. 7319 de Octubre 29 de 1993.

Comprobada la situación legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el TÍTULO DE BACHILLER ACADÉMICO, al graduando cuyo nombre, apellidos y número de documento de identificación se relacionan a continuación:

NOMBRE Y APELLIDOS

IDENTIFICACION

*Luz Estela Chacón Pardo*

T19 300920-78015 Cimitarra

Es fiel copia tenida del acta original general N°. 01 de fecha DICIEMBRE 7 DE 1995 que consta de 34 alumnos que comienza con el nombre CHARLES BAYRON ALZATE OROZCO y cierra con el nombre JORGE LUIS ZUÑIGA MUÑOZ, firmado y sellado por JESUS ANTONIO ARDILA CARO; rector y BEATRIZ ADRIANA MORENO LUNA, secretaria.

Dada en Cimitarra Santander a los 7 días de mes de DICIEMBRE de 1995

FIRMADO Y SELLADO

  
JESUS ANTONIO ARDILA CARO  
C.C. N°. 5972.667 DE LANDAZURI  
RECTOR

  
BEATRIZ ADRIANA MORENO LUNA  
C.C. N°. 63298.131 DE BUCARAMANGA  
SECRETARIA

REPUBLICA DE COLOMBIA

**EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA**

CONFIERE A

**LUZ ESTELA CHACON PARDO**  
CC.63.253.470

CERTIFICADO DE APTITUD PROFESIONAL

**AUXILIAR DE ENFERMERIA**

  
**JAVIER ENRIQUE DUCON ANGARITA**  
SUBDIRECTOR DE CENTRO

Bucaramanga, 29 de Noviembre de 2004  
CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICION



CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS  
CENTRO DE FORMACION

50C2004CC00026 29/11/2004  
No Y FECHA DE REGISTRO

  
**Luz Estela Chacón Pardo**



ACTA DE GRADO  
No. y FECHA DE REGISTRO SGC2004CC00036 29/11/2004

## **EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA**

### **CONSIDERANDO**

Que: **LUZ ESTELA CHACON PARDO** identificada con la Cédula de Ciudadanía No.63.253.470 de Cimitarra

**CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS EXIGIDOS  
POR EL SENA, RESUELVE OTORGARLE EL CERTIFICADO DE APTITUD  
PROFESIONAL**

### **AUXILIAR DE ENFERMERIA**

REGISTRO No.SGC2004CC00526

En constancia de lo anterior se firma la presente en Bucaramanga a los Veintinueve (29) días del mes de Noviembre de Dos Mil Cuatro (2004)

**JAVIER ENRIQUE DUCON ANGARITA**  
SUBDIRECTOR DE CENTRO  
CENTRO CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS

 **Luz Estela Chacón Pardo**



GOBERNACIÓN DE SANTANDER  
SECRETARÍA DE SALUD  
SUBDIRECCIÓN SEGURIDAD SOCIAL  
DIVISIÓN ACREDITACIÓN VIGILANCIA Y CONTROL

RESOLUCIÓN NÚMERO **000454** **17 ENE 2006**

Por la cual se concede una autorización para el ejercicio profesional

**EL SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL**

En el ejercicio de la delegación conferida por la Resolución No 2085 de 1989 emanada del Ministerio de Salud y.

**CONSIDERANDO:**

Que, LUZ ESTELA CHACÓN PARDO, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 63.253.470 expedida en CIMITARRA, ha solicitado autorización del ejercicio profesional como: AUXILIAR DE ENFERMERIA.

Certificado que le otorgo, EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, de 29 DE NOVIEMBRE DE 2004.

**RESUELVE**

ARTICULO PRIMERO.- Autorizar a LUZ ESTELA CHACÓN PARDO, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 63.253.470 expedida en CIMITARRA, para ejercer la profesión de : AUXILIAR DE ENFERMERIA en todo el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO : Esta Resolución rige a partir de la fecha de su expedición

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

  
**RICARDO FLÓREZ RUEDA**  
Secretario de Salud Departamental

**17 ENE 2006**

Rafael Moreno A. Sánchez Person  
Kenny Victor Quiroz Tabares

**SANTANDER** SEMI



ReTHUS

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

Tipo de Identificación \*

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación \*

63253470

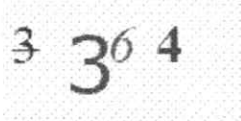
Primer Nombre

LUZ

Primer Apellido

CHACON

Confirme los números de la Imagen \*



Cambiar

1820

Buscar en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2026-03-25→9:18:59 AM -2026-03-25→10:05:31 AM

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación: |
|---------------------|---------------------|---------------|----------------|-----------------|------------------|------------------------|
| CC                  | 63253470            | LUZ           | ESTELA         | CHACON          | PARDO            | Vigente                |

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) LUZ ESTELA CHACON PARDO identificado(a) con CC 63253470 registra La siguiente información:

2026-03-25→10:05:31 AM

Información Académica

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora            |
|---------------|-------------------------|-----------------------|------------------------------------------|---------------------|--------------------------------|
| AUX           | Local                   | TÉCNICO ENFERMERIA    | 2006-01-17                               | 454                 | DTS DEPARTAMENTOC DE SANTANDER |

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



Dr. GABRIEL ERNESTO BOTIA BOHORQUEZ  
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL  
LICENCIA S.O. 014051  
MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO LABORAL

|                               |                        |                     |                                    |
|-------------------------------|------------------------|---------------------|------------------------------------|
| Fecha:                        | 29/07/2024             | Empresa / Proyecto: | ESE HOSPITAL SAN JUAN DE CIMITARRA |
| Lugar (Ciudad, Departamento): | CIMITARRA - SANTANDER  |                     |                                    |
| Nombre Completo               | Documento de Identidad | Edad:               | Hemoclasiificación                 |
| LUZ ESTELA CHACON PARDO       | 63253470               | 45 AÑOS             | Grupo: 0 RH: +                     |
| Nombre del Cargo y Área:      | AUXILIAR DE ENFERMERIA |                     |                                    |

|                                                 |                                                      |                                                    |                                        |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------|
| Tipo de Examen                                  |                                                      |                                                    |                                        |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ingreso     | <input type="checkbox"/> Egreso                      | <input type="checkbox"/> Periódico                 | <input type="checkbox"/> Reintegración |
| <input type="checkbox"/> Trabajo en Alturas     |                                                      | <input type="checkbox"/> Manipulación de Alimentos |                                        |
| CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR SI X               |                                                      |                                                    |                                        |
| NO                                              |                                                      |                                                    |                                        |
| Exámenes Paraclínicos Realizados                |                                                      |                                                    |                                        |
| <input checked="" type="checkbox"/> Optometría  | <input type="checkbox"/> Hemoclasificación           | <input type="checkbox"/> Frotis - Cultivo Garganta |                                        |
| <input checked="" type="checkbox"/> Visiometría | <input type="checkbox"/> Cuadro Hemático - Plaquetas | <input type="checkbox"/> Perfil Lipídico           |                                        |
| <input type="checkbox"/> Audiometría            | <input type="checkbox"/> Glicemia                    | <input type="checkbox"/> Serología                 |                                        |
| <input type="checkbox"/> Espirometría           | <input type="checkbox"/> Parcial de Orina            | <input type="checkbox"/> Otros                     |                                        |
| <input type="checkbox"/> Electrocardiograma     | <input type="checkbox"/> Coprológico                 |                                                    |                                        |
| <input type="checkbox"/> RX Lumbo - Sacra       | <input type="checkbox"/> KOH Uñas                    |                                                    |                                        |

Concepto Médico Laboral (Evaluación Psico - Física)

| Examen Médico Ingreso                                                                                                                          | Examen Médico Periódico                                                                                                                                                                  | Examen Médico Egreso                                                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (Aplica también para Reintegración)                                                                                                            | (Aplica también para Cambio de Labor y Post-Incapacidad)                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                          |
| <input checked="" type="checkbox"/> APTO: Clínicamente no presenta ninguna alteración de salud                                                 | No presenta alteraciones de salud.                                                                                                                                                       | Satisfactorio.                                                                                                                                                                           |
| APTO CON DEFECTO FÍSICO O PATOLOGÍA QUE NO LIMITA LA LABOR: Presenta alguna alteración de salud que no limita el normal ejercicio de su labor. | Presenta alguna alteración de salud no relacionada con el trabajo. Se remite o debe continuar manejo por EPS.                                                                            | Presenta alguna alteración de salud no relacionada con el trabajo. Se remite o debe continuar manejo por EPS.                                                                            |
| APLAZADO: Presenta alguna alteración de salud que requiere tratamiento o valoración antes de ingresar                                          | Presenta alguna alteración de salud posiblemente relacionada con el trabajo. Se remite a la EPS para determinar profesionalidad del evento y manejo por la ARP en caso de ser necesario. | Presenta alguna alteración de salud posiblemente relacionada con el trabajo. Se remite a la EPS para determinar profesionalidad del evento y manejo por la ARP en caso de ser necesario. |
| NO APTO: Presenta alguna alteración de salud que puede complicarse o agravarse con la exposición laboral.                                      | Puede reincorporarse a sus labores habituales.                                                                                                                                           | No desea realizarse Examen Médico de Egreso por sentirse bien de salud                                                                                                                   |

Observaciones: CONTROL ANUAL CON OPTOMETRIA Y OFTALMOLOGIA  
APTA USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL PERTINENTES-PAUSAS ACTIVAS 2 VECES AL DIA

|                                        |    |                                   |    |                                |    |
|----------------------------------------|----|-----------------------------------|----|--------------------------------|----|
| Apto para trabajo en alturas:          | NA | Apto para conducción vehicular:   | NA | Apto para manipulación cargas: | NA |
| Idóneo para trabajo espacio confinado: | NA | Apto para manipulación alimentos: | NA | Requiere ser reubicado:        | NA |
| SI: Apto NO: No Apto NA: No Aplica     |    |                                   |    |                                |    |

Recomendaciones Generales y Laborales

| Recomendaciones                                                   | Según I.M.C.                                                 | Manejo E.P.S. / A.R.P.       | Inclusión S.V.E. Y/O Promoción y Prevención      |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Control ocupacional periódico | <input checked="" type="checkbox"/> Dieta                    | Control PyP por EPS          | <input checked="" type="checkbox"/> Salud visual |
| <input checked="" type="checkbox"/> Higiene postural              | <input checked="" type="checkbox"/> Ejercicio regular        | Se prescribe tratamiento     | <input type="checkbox"/> Cuidado auditivo        |
| <input checked="" type="checkbox"/> Utilización EPP               | <input checked="" type="checkbox"/> Valoración por nutrición | Remisión a EPS               | <input type="checkbox"/> Riesgo químico          |
| <input type="checkbox"/> Utilización Ortesis                      | <input type="checkbox"/> Descartar Enf. Metabólica           | Remisión a ARP               | <input type="checkbox"/> Riesgo ergonómico       |
| <input type="checkbox"/> Medidas anti vórtice                     | <input type="checkbox"/> Valoración por EPS                  | Continuar seguimiento médico | <input type="checkbox"/> R. Cardiovascular       |
| <input type="checkbox"/> Evaluación puesto trabajo                |                                                              | Control odontológico         | <input type="checkbox"/> R. Psico laboral        |

|                                                                          |                                                                                                                                                                                                    |                      |
|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Nombre Esp. Salud Ocupacional                                            | Firma y Sello                                                                                                                                                                                      | Firma del Trabajador |
| Dr. Gabriel Ernesto Botia Bohórquez<br>Licencia Salud Ocupacional 014051 | Dr. Gabriel E. Botia B.<br>Medico General - UNAL<br>Esp. Salud Ocupacional - HME<br>Calle 7 # 3-32 Barrio el Centro Cimitarra - Santander<br>Teléfono: 626 0003 - Celular: 300 496 3593-3165386053 |                      |

|                                                                                   |            |                     |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------------|-------------|
|  | RESOLUCION | CÓDIGO              | AP-JC-RG-89 |
|                                                                                   |            | VERSIÓN             | 5           |
|                                                                                   |            | FECHA DE APROBACIÓN | 22/05/2017  |
|                                                                                   |            | PÁGINA              | 1 de 1      |

RESOLUCION NÚMERO **25660** DE

POR LA CUAL SE RENUEVA UNA LICENCIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

EL SUSCRITO SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL

En uso de sus facultades legales, y en especial las conferidas en la Ley 1562 de 2012 y la Resolución 04502 de 2012 y,

**CONSIDERANDO:**

Que **GABRIEL ERNESTO BOTIA BOHORQUEZ** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 7223604 ha solicitado Renovación de licencia para la prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo ante la Secretaría de Salud Departamental de Santander.

Que al peticionario le fue otorgada la Licencia de Prestación de Servicios de Salud Ocupacional, mediante Resolución No. 14051 de 07 de septiembre del 2012 de la Secretaría de Salud de Gobernación de Santander y concedida por un término de diez (10) años contados a partir de la expedición de la Resolución, la cual ha cumplido su vigencia.

Que de conformidad con el artículo segundo de la Resolución 04502 del 28 de Diciembre de 2012, el peticionario ha presentado la documentación requerida para la Renovación de la Licencia en Salud Ocupacional para la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo.

Que por lo antes expuesto, el Secretario de Salud Departamental.

**RESUELVE:**

ARTÍCULO 1: Renuévase LICENCIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO A: **GABRIEL ERNESTO BOTIA BOHORQUEZ**. - MEDICO CIRUJANO - ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 7223604 en las áreas de Medicina en Seguridad y Salud en el Trabajo, Investigación en área técnica, Investigación del accidente de trabajo, Educación, Capacitación, Diseño, Administración y Ejecución del Sistema de gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

ARTÍCULO 2: La Licencia de que trata el artículo anterior se concede por el término de Diez (10) años contados a partir de la fecha de expedición de la presente Resolución.

ARTÍCULO 3: Cuando se modifique las condiciones por la cual se otorgó esta Licencia, en el término máximo de un mes se debe informar a la Secretaría de Salud de Santander para la modificación de la misma.

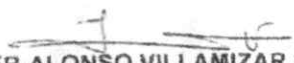
ARTÍCULO 4: Esta Licencia es válida en todo el Territorio Nacional y tendrá carácter personal e intransferible.

ARTÍCULO 5: Contra la presente Resolución procede los recursos legales.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE**

11 NOV 2022

Dada en Bucaramanga a los

  
**JAVIER ALONSO VILLAMIZAR SUAREZ**  
Secretario de Salud Departamental

VoBo: Luis Felipe Tarazona Velásquez - Director de Desarrollo de Servicios Inspección Vigilancia y Control.  
Revisó: Yelitza Lilibeth Hernández González - Coordinadora Grupo de Acreditación en Salud y SOCC.  
Proyecto: Magaly Andrea Manño Bayona - Grupo de Acreditación en salud S.O.G.C.

Dr. GABRIEL ERNESTO BOTIA BOHÓRQUEZ  
MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL  
LICENCIA S.O. 014051  
MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL

CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICO LABORAL

Fecha: 29/07/2024 Empresa / Proyecto: ESE HOSPITAL SAN JUAN DE CIMITARRA  
Lugar (Ciudad Departamento): CIMITARRA - SANTANDER  
Nombre Completo: LUZ ESTELA CHACON PARDO Documento de Identidad: 63253470 Edad: 45 años Hemoclasificación: Grupo: O RH: +  
Nombre del Cargo y Área: AUXILIAR DE ENFERMERIA

|                              |                    |           | Tipo de Examen                   |                    |                           |
|------------------------------|--------------------|-----------|----------------------------------|--------------------|---------------------------|
| X Ingreso                    | Egreso             | Periódico | Reintegro                        | Trabajo en Alturas | Manipulación de Alimentos |
| CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR |                    | SI X      | NO                               |                    |                           |
|                              |                    |           | Exámenes Paraclínicos Realizados |                    |                           |
|                              | Optometria         |           | Homoclasificación                |                    | Frotis - Cultivo Garganta |
| X                            | Visiometria        |           | Cuadro Hemático - Plaquetas      |                    | Perfil Lipídico           |
|                              | Audiometria        |           | Glicemia                         |                    | Serología                 |
|                              | Espirometria       |           | Parcial de Orina                 |                    | Otros                     |
|                              | Electrocardiograma |           | Coproológico                     |                    |                           |
|                              | RX Lumbo - Sacra   |           | KOH Uñas                         |                    |                           |

Concepto Médico Laboral (Evaluación Psico - Física)

| Examen Médico Ingreso                                                                                                                          | Examen Médico Periódico                                                                                                                                                                  | Examen Médico Egreso                                                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (Aplica también para Reintegro)                                                                                                                | (Aplica también para Cambio de Labor y Post-Incapacidad)                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                          |
| X APTO. Clínicamente no presenta ninguna alteración de salud                                                                                   | No presenta alteraciones de salud                                                                                                                                                        | Satisfactorio                                                                                                                                                                            |
| APTO CON DEFECTO FÍSICO O PATOLOGÍA QUE NO LIMITA LA LABOR. Presenta alguna alteración de salud que no limita el normal ejercicio de su labor. | Presenta alguna alteración de salud no relacionada con el trabajo. Se remite o debe continuar manejo por EPS                                                                             | Presenta alguna alteración de salud no relacionada con el trabajo. Se remite o debe continuar manejo por EPS                                                                             |
| APLAZADO. Presenta alguna alteración de salud que requiere tratamiento o valoración antes de ingresar                                          | Presenta alguna alteración de salud posiblemente relacionada con el trabajo. Se remite a la EPS para determinar profesionalidad del evento y manejo por la ARP en caso de ser necesario. | Presenta alguna alteración de salud posiblemente relacionada con el trabajo. Se remite a la EPS para determinar profesionalidad del evento y manejo por la ARP en caso de ser necesario. |
| NO APTO. Presenta alguna alteración de salud que puede complicarse o agravarse con la exposición laboral                                       | Puede reincorporarse a sus labores habituales                                                                                                                                            | No desea realizarse Examen Médico de Egreso por sentirse bien de salud                                                                                                                   |

Observaciones: CONTROL ANUAL CON OPTOMETRIA Y OFTALMOLOGIA  
APTA USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL PERTINENTES-PAUSAS ACTIVAS 2 VECES AL DIA

|                                       |            |                                  |    |                               |    |
|---------------------------------------|------------|----------------------------------|----|-------------------------------|----|
| Apto para trabajo en alturas          | NA         | Apto para conducción vehicular   | NA | Apto para manipulación cargas | NA |
| Idóneo para trabajo espacio confinado | NA         | Apto para manipulación alimentos | NA | Requiere ser reubicado.       | NA |
| SI Apto                               | NO No Apto | NA No Apta                       |    |                               |    |

Recomendaciones Generales y Laborales

| Recomendaciones                 | Según I.M.C.               | Manejo E.P.S. / A.R.P.       | Inclusión S.V.E. Y/O Promoción y Prevención |
|---------------------------------|----------------------------|------------------------------|---------------------------------------------|
| X Control ocupacional periódico | X Dieta                    | Control PyP por EPS          | X Salud visual                              |
| X Higiene postural              | X Ejercicio regular        | Se prescribe tratamiento     | Cuidado auditivo                            |
| X Utilización EPP               | X Valoración por nutrición | Remisión a EPS               | Riesgo químico                              |
| Utilización Ortesis             | Descartar Enf. Metabólica  | Remisión a ARP               | Riesgo ergonómico                           |
| Medidas anti varice             | Valoración por EPS         | Continuar seguimiento médico | R Cardiovascular                            |
| Evaluación puesto trabajo       |                            | Control odontológico         | R Psico laboral                             |

Nombre Esp. Salud Ocupacional

Dr. Gabriel Ernesto Botia Bohórquez  
Licencia Salud Ocupacional 014051

Firma y Sello  
Dr. Gabriel E. Botia B.  
Médico General - UNAL  
Esp. Salud Ocupacional - UNAL

Calle 7 # 3-22 Barrio el Centro Cimitarra - Santander  
Teléfono: 626 0003 - Celular: 300 496 3593-3165386053

Firma del Trabajador

[Firma manuscrita]



## RESOLUCION

|                     |             |
|---------------------|-------------|
| CÓDIGO              | AP-JC-RG-89 |
| VERSIÓN             | 5           |
| FECHA DE APROBACIÓN | 22/05/2017  |
| PÁGINA              | 1 de 1      |

RESOLUCION NÚMERO **25660** DE

POR LA CUAL SE RENUEVA UNA LICENCIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

### EL SUSCRITO SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL

En uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en la Ley 1562 de 2012 y la Resolución 04502 de 2012 y

#### CONSIDERANDO:

Que **GABRIEL ERNESTO BOTIA BOHORQUEZ** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 7223604 ha solicitado Renovación de licencia para la prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo ante la Secretaría de Salud Departamental de Santander.

Que al peticionario le fue otorgada la Licencia de Prestación de Servicios de Salud Ocupacional mediante Resolución No. 14051 de 07 de septiembre del 2012 de la Secretaría de Salud de Gobernación de Santander y concedida por un término de diez (10) años contados a partir de la expedición de la Resolución, la cual ha cumplido su vigencia.

Que de conformidad con el artículo segundo de la Resolución 04502 del 28 de Diciembre de 2012 el peticionario ha presentado la documentación requerida para la Renovación de la Licencia en Salud Ocupacional para la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo.

Que por lo antes expuesto el Secretario de Salud Departamental:

#### RESUELVE:

- ARTÍCULO 1. Renúvese LICENCIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO A: **GABRIEL ERNESTO BOTIA BOHORQUEZ**. - MEDICO CIRUJANO - ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 7223604 en las áreas de Medicina en Seguridad y Salud en el Trabajo, Investigación en área técnica, Investigación del accidente de trabajo, Educación, Capacitación, Diseño, Administración y Ejecución del Sistema de gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.
- ARTÍCULO 2. La Licencia de que trata el artículo anterior se concede por el término de Diez (10) años contados a partir de la fecha de expedición de la presente Resolución.
- ARTÍCULO 3. Cuando se modifique las condiciones por la cual se otorgó esta Licencia, en el término máximo de un mes se debe informar a la Secretaría de Salud de Santander para la modificación de la misma.
- ARTÍCULO 4. Esta Licencia es válida en todo el Territorio Nacional y tendrá carácter personal e intransferible.
- ARTÍCULO 5. Contra la presente Resolución procede los recursos legales.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

11 NOV 2022

Dada en Bucaramanga a los

**JAVIER ALONSO VILLAMIZAR SUAREZ**  
Secretario de Salud Departamental

MoBo: Luis Felipe Tarazona Velásquez - Director de Desarrollo de Servicios Inspección Vigilancia y Control  
Revisó: Yelitza Lilbeth Hernández González - Coordinadora Grupo de Acreditación en Salud y SOGC  
Proyectó: Magaly Andrea Manfio Bayona - Grupo de Acreditación en salud S.O.G.C.

## CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO  
No. 293406204



PIB

10:11:55

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 25 de marzo 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) LUZ ESTELA CHACON PARDO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 63253470:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

**NOTA:** El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: <https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx>

Mario Enrique Castro González  
Jefe División de Relacionamento Con El Ciudadano (C)

**ATENCIÓN :**

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

División de Relacionamento con el Ciudadano.

Línea gratuita 018000910315

Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750 ext. 13170; Bogotá D.C.

[www.procuraduria.gov.co](http://www.procuraduria.gov.co)

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 miércoles 25 de marzo de 2026, a las 10:15:51, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

|                        |                      |
|------------------------|----------------------|
| Tipo Documento         | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación     | 63253470             |
| Código de Verificación | 63253470260325101551 |

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.



HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ  
Contralor Delegado



POLICÍA NACIONAL  
DE COLOMBIA

## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:14:17 AM horas del 25/03/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **63253470**

Apellidos y Nombres: **CHACON PARDO LUZ ESTELA**

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

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

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

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

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



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



Presidencia



Ministerio de



Portal Único



GOV.CO



## Portal de Servicios al Ciudadano PSC

# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

 Consulta Ciudadano

## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 25/03/2026 10:18:14 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **63253470** y Nombre: **LUZ ESTELA CHACON PARDO**.

## NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **137075364**. La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

 Nueva Búsqueda Imprimir

515 9000



**Policía Nacional de Colombia**  
Dirección General - Cra. 59 N° 26 - 21  
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.  
Línea de atención: 018000-910112







## 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 63253470 **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 25/03/2026 11:36 AM



Código Verificación: **2XNUAE1RJH**

Válida hasta: **23/06/2026**

---

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 11:41:12 horas del 25/03/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **63253470**, Apellidos y Nombres **CHACON PARDO LUZ ESTELA**

### NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE HOSPITAL SAN JUAN DE CIMITARRA**, con NIT **890204895-0** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

---

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL



Área de Administración de Información Criminal

### ENLACES DE INTERÉS

- > Portal web DIJIN
- > Consulta Antecedentes Judiciales
- > Protección de Datos

### SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES



Consulta de Inhabilidades - Ley 1918 de 2018 | Ley 2375 de 2024

© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN

Cimitarra, 01 de abril de 2026

Señores

**ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN DE CIMITARRA**

Ciudad.

**FORMATO DE RELACIÓN DE CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS  
PERSONA NATURAL**

Yo **LUZ ESTELA CHACON PARDO** identificado(a) con cédula de ciudadanía No CC 63.253.470 Expedida en Cimitarra Santander, manifiesto bajo la gravedad de juramento, que SI ( ) NO ( **X** ) he suscrito contratos de prestación de servicios con otras entidades estatales y que relaciono a continuación:

| Entidad Estatal | Contrato No.<br>(vigentes) | Fecha de<br>inicio | Fecha de<br>finalización |
|-----------------|----------------------------|--------------------|--------------------------|
|                 |                            |                    |                          |
|                 |                            |                    |                          |
|                 |                            |                    |                          |
|                 |                            |                    |                          |
|                 |                            |                    |                          |

El presente documento se diligencia y firma bajo gravedad de juramento en Cimitarra, el día UNO (01) de Abril de 2026



**Firma**

**Nombre:** Luz Estela Chacon Pardo

**Cédula:** 63253470

**DECLARACION DE NO ESTAR INCURSO EN INHABILIDADES NI  
INCOMPATIBILIDADES**

Cimitarra, 01 de Abril de 2026

Señores

**ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN DE CIMITARRA**

**Ref. Certificación de inhabilidades e incompatibilidades.**

cordial saludo,

La suscrita **LUZ ESTELA CHACON PARDO** identificado con la cedula de ciudadanía No. 63.253.470 de Cimitarra Santander; manifiesto bajo la gravedad del juramento que 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).



---

**LUZ ESTELA CHACON PARDO**

CC. 63.253.470 de Cimitarra Santander



**CERTIFICA QUE**

El(La) Señor(a) LUZ ESTELA CHACON PARDO identificado(a) con CC 63253470 se encuentra afiliado a la EPS.

**Fecha de Activación de Servicios:** 01/12/2018

**Estado de la Afiliación:** Vigente

**IPS:** GRUPO GARANTE LTDA

**Categoría:** A

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 25 días del mes 3 del año 2026.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

**Observaciones:**

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS. NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

**Gerencia de Afiliaciones**



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

En su condición de administradora del  
**FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR**

NIT 800.144.331-3

**CERTIFICA QUE:**

**LUZ ESTELA CHACON PARDO**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **63.253.470**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 25 de Marzo del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



**Tenga en cuenta:**

*Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a [www.porvenir.com.co](http://www.porvenir.com.co) y actualice su Historia Laboral.*



## CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN

Colmena Seguros se permite certificar que el(la) trabajador(a) mencionado(a) a continuación se encuentra afiliado(a) a esta administradora, bajo los siguientes datos:

**NOMBRE:** CHACON PARDO LUZ ESTELA

**IDENTIFICACIÓN:** CC 63253470

**INICIO VIGENCIA:** 18/07/2025

**FECHA INICIO CONTRATO:** 18-07-2025

**FECHA FIN CONTRATO:** 31-03-2026

**TIPO DE TRABAJADOR:** Independiente

**SEDE:** PRINCIPAL

**CLASE:** 3

**TASA:** 2,436

**CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA DEL TRABAJADOR:** 3861001

**DESCRIPCION ACTIVIDAD ECONOMICA:** Actividades de hospitales y clínicas, con internación, comprende las actividades que consisten principalmente en laboratorio clínico, endoscopia, patología etc., cuando se prestan a pacientes internos (Decreto 768 de 2022)

### DATOS CONTRATANTE

**CONTRATANTE:** ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN

**CC /NIT:** NI 890204895

**CONTRATO:** 1101644

**ESTADO ACTUAL CONTRATO:** VIGENTE

**CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA DEL CENTRO DE TRABAJO:** 3861001

**DESCRIPCION ACTIVIDAD ECONOMICA:** Actividades de hospitales y clínicas, con internación, comprende las actividades que consisten principalmente en laboratorio clínico, endoscopia, patología etc., cuando se prestan a pacientes internos (Decreto 768 de 2022)

La presente se expide a los 25 días del mes de marzo del año 2026.

Cualquier información adicional que se requiera sobre los datos contenidos en el presente documento, no dude en consultarla a través de nuestra Línea Efectiva 01-8000-9-19667 gratis a nivel nacional o al teléfono 6014010447 en Bogotá.

Cordialmente,

Gerente de Servicio

**Colmena Seguros**



0

Subscripciones

0

En edición

0

Audiciones pendientes

0

Invitaciones directas

0

Nuevos informes

0

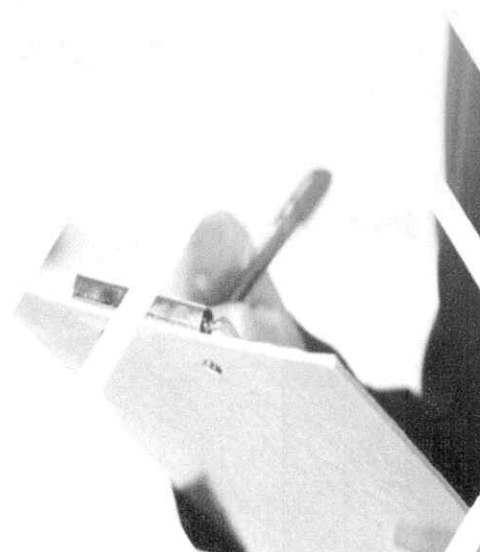
Mensajes

Última Actualización

## Sugerencias SECOP

La Agencia Nacional de Contratación Pública  
-Colombia Compra Eficiente-

Informa la expedición de la Circular Externa No. 005  
de Obligatoriedad del SECOP II para la vigencia 2023.



El Servicio de proveedor ya se encuentra disponible.

Haga clic aquí para activarlo. Después de la activación la disponibilidad del servicio podrá tardar hasta 10 minutos.

Ya está asociado a una empresa

Si es necesario, para solicitar acceso a otra empresa, puede ir a 'Configuraciones del Usuario » Mis registros'.

## Mensajes

Todos ▼

Sin mensajes...

[Más información](#)

## Oportunidades de ne\_Recibidas ▼

Sin oportunidades

[Más información](#)



SIGEP II - Hoja de Vida



[Cambiar/Subir foto](#)

Datos Básicos de Identificación

Nombre: LUZ ESTELA CHACON PARDO  
 Tipo de Documento: CEDULA DE CIUDADANIA  
 Fecha de Nacimiento: 26/09/1978  
 Género: FEMENINO  
 Numero de Identificación: 63053470  
 Correo Electrónico Personal (Principal): estelachaconh@gmail.com

[Imprimir Hoja de Vida](#)

Datos Personales

Educación

Experiencia Laboral

Experiencia Laboral Decente

Documentos Adicionales

Gestión Pública

Datos Básicos

Datos Demográficos

Datos de Contacto

Primer Nombre

LUZ

Segundo Apellido

PARDO

Fecha de Nacimiento

26/09/1978

Clase Libreta Militar

Documento de Identificación

[Ver documento](#)

Libreta Militar

[Seleccionar archivo](#) Sin archivos seleccionados

Segundo Nombre

ESTELA

Tipo de Documento

CEDULA DE CIUDADANIA

Correo Electrónico Personal (Principal):

estelachaconh@gmail.com

Numero Libreta Militar

☒ Documento Verificado

☐ Documento Verificado

Primer Apellido

CHACON

Numero de Identificación

63053470

Género

FEMENINO

Distrito Militar

☐ ¿Es usted una Persona Expuesta Políticamente?





Creando Oportunidades

**BBVA Colombia**  
**NIT 860.003.020-1**  
**Certifica**

Que nuestro(a) cliente LUZ ESTELA CHACON PARDO, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 63,253,470 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 287087290 aperturada el 12 de marzo de 2004 cuenta ACTIVA y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, el 4 de marzo de 2026.

---

Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

|                       |                      |
|-----------------------|----------------------|
| Cuenta de 10 dígitos: | 0287087290           |
| Cuenta de 16 dígitos: | 0287000200087290     |
| Cuenta de 20 dígitos: | 00130287000200087290 |

---

Firma autográfica

Responsable servicio al cliente  
BBVA Colombia

*Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.*

## CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS NÚMERO HISJDC-CPS-075-2026

### ACTA DE INICIO

En el Municipio de Cimitarra, a los cinco (05) días del mes de enero de dos mil veintiséis (2026), en la fecha señalada, se da INICIO al Contrato Número **HISJDC-CPS-075-2026** celebrado entre La **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN DE CIMITARRA** y **LUZ ESTELA CHACON PARDO** identificado con cédula de ciudadanía N° **63.253.470** de Cimitarra, Santander. Cuyo objeto, valor y plazo de ejecución se describen a continuación:

| NUMERO DE CONTRATO       | HISJDC-CPS-075-2026                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MODALIDAD                | CONTRATACIÓN DIRECTA - PRESTACION DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                     |
| DURACIÓN                 | DOS MESES (02) Y VEINTISIETE (27) DIAS CONTADOS A PARTIR DE LA FIRMA DEL ACTA DE INICIO                                                                                                                                                                            |
| VALOR                    | SEIS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA MIL PESOS MCTE (\$6.670.000.00).                                                                                                                                                                                                 |
| OBJETO                   | PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LOS PROCESOS Y SUBPROCESOS PROCEDIMIENTOS Y ACTIVIDADES DE LAS DIFERENTES AREAS ASISTENCIALES MISIONALES Y DE SALUD DEL HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN DE CIMITARRA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO. |
| FECHA DE INICIO          | 05 DE ENERO DE 2026.                                                                                                                                                                                                                                               |
| FECHA DE TERMINACIÓN     | 31 DE MARZO DE 2026                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>CONTRATANTE</b>       |                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| ENTIDAD                  | ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN                                                                                                                                                                                                                                    |
| NIT.                     | 890.204.895-0                                                                                                                                                                                                                                                      |
| RESPRESENTANTE LEGAL     | LILIAM BEATRIZ SMITH SANCHEZ MURILLO                                                                                                                                                                                                                               |
| NUMERO DE IDENTIFICACIÓN | 1.098.777.246                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>CONTRATISTA</b>       |                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| NOMBRES Y APELLIDOS      | LUZ ESTELA CHACON PARDO.                                                                                                                                                                                                                                           |
| NIT/C.C                  | C.C. 63.253.470 de Cimitarra, Santander.                                                                                                                                                                                                                           |
| REPRESENTANTE LEGAL      | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                |
| NUMERO DE IDENTIFICACIÓN | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                |

Para tal efecto, se verificó la existencia y expedición de los requisitos de ejecución:

### SOPORTES FINANCIEROS

| Doc.   | NUMERO       | FECHA               | VALOR       |
|--------|--------------|---------------------|-------------|
| C.D.P. | 202601050017 | 05 de Enero de 2026 | \$6.670.000 |
| R.P.   | 202601050017 | 05 de Enero de 2026 | \$6.670.000 |

En constancia de lo anterior se firma la presente acta por los que en ella intervinieron, luego de ser leída y aprobada.

Supervisor:

**MARTIN ENRIQUE HERNANDEZ MONTAÑO**  
Enfermero Profesional

ESE Hospital Integrado San Juan de Cimitarra.

Proyectó: MNBA- CPS.

Revisó y Aprobó: LITIGIO Y ASESORÍAS SAS - Asesor Jurídico.

Contratista:

**LUZ ESTELA CHACON PARDO.**  
C.C. 63.253.470 de Cimitarra

 **Luz Estela Chacón Pardo**



Cimitarra, 27 de Agosto de 2008

#### CERTIFICACION

El jefe de enfermería de la E.S.E. Hospital San Juan de Cimitarra certifica que:

La señorita **LUZ ESTELA CHACON PARDO** identificada con cédula de ciudadanía No. **63.253.470** de Cimitarra, laboró en esta Institución durante 3 años, 7 meses en el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA** cumpliendo a cabalidad las labores asignadas, con gran solvencia moral idoneidad, honorabilidad, destacándose en puntualidad, responsabilidad, colaboración, con su carisma humano, entrega y compromiso con cada persona y la institución.

Se expida a favor de la interesada,

A handwritten signature in dark ink, appearing to read "Martín E. Hernández Montaña", is written over a circular official stamp.

**MARTIN ENRIQUE HERNANDEZ MONTAÑO**  
Enfermero Jefe E.S.E. HSJC.

|                                                                                   |                                                                                    |              |                |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------|
|  | HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN DE CIMITARRA                                           |              |                |
|                                                                                   | REGISTRO DE INDUCCIÓN Y/O REINDUCCIÓN PARA SERVIDORES PÚBLICOS<br>Y/O CONTRATISTAS |              |                |
|                                                                                   | Código: F-SST-16                                                                   | Versión: 3.0 | Página: 1 de 2 |

Nombre completo: LUZ ESTELA CHACON PARDO Cédula: 63253470 Servidor público \_\_\_\_\_  
 Contratista ☒ Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERÍA Área: \_\_\_\_\_  
 Inducción ☒ Reinducción \_\_\_\_\_

**Nota.** Para el caso de los contratistas, el diligenciamiento de este formato aplica solo para el ítem 2 “SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO”:

| ACTIVIDADES A REALIZAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ÁREA RESPONSABLE                         | FECHA PROGRAMADA | FECHA REALIZACIÓN |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------|-------------------|
| <b>1. CONDICIONES DE TRABAJO</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Horario de trabajo.</li> <li>Presentación personal.</li> <li>Procedimiento de permisos.</li> <li>Reporte de incapacidades.</li> <li>Vacaciones.</li> <li>Misión y Visión</li> <li>Estrategias TIC</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Subdirección Administrativa y Financiera |                  |                   |
| <b>2. NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Esquema de vacunación.</li> <li>Riesgos al que se encuentra expuesto.</li> <li>Procedimiento de Accidente de Trabajo.</li> <li>Uso de EPP.</li> <li>Comités, integrantes y funciones.</li> <li>Políticas y Reglamento de Higiene y seguridad</li> <li>Responsabilidades frente al sistema SGSST.</li> <li>Formatos y/o fichas de auto reportes de condiciones de trabajo).</li> <li>Protocolo para el manejo de seguro de elementos corto punzantes</li> <li>Plan Hospitalario de Emergencia, Brigadistas de emergencia y comité hospitalario de emergencia.</li> </ul> | Seguridad y salud en el trabajo          | 25/02/2026       | 25/02/2026        |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Humanización y trato digno</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | SGC                                      |                  |                   |

*De acuerdo a la información suministrada anteriormente, me obligo a cumplir con las normas y procedimientos, velar por la conservación del medio ambiente, y el uso de los elementos de protección personal que sean necesarios en el desempeño de mi trabajo.*

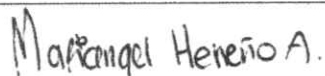
|                                                                                   |                                                                                    |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
|  | HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN DE CIMITARRA                                           |              |
|                                                                                   | REGISTRO DE INDUCCIÓN Y/O REINDUCCIÓN PARA SERVIDORES PÚBLICOS<br>Y/O CONTRATISTAS |              |
|                                                                                   | Código: F-SST-16                                                                   | Versión: 3.0 |

Soy consciente de las sanciones disciplinarias que origina el incumplimiento de las mismas, de acuerdo a la reglamentación legal vigente en especial con la del Decreto 1072 de 2015, en la que se faculta al empleador, para la terminación del contrato del vínculo o relación laboral por justa causa.



FIRMA TRABAJADOR / CONTRATISTA

**RESPONSABLES DE LA INDUCCIÓN Y/O REINDUCCIÓN**

|                                                         |                                                                                     |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE RESPONSABLE SST                                  | MARIA DE LOS ANGELES HERREÑO ARIZA                                                  |
| FIRMA RESPONSABLE ÁREA SGSST                            |  |
| NOMBRE RESPONSABLE ÁREA:                                | KAREN DAYANA UNDA CRISTANCHO                                                        |
| FIRMA RESPONSABLE ÁREA SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA      |                                                                                     |
| NOMBRE RESPONSABLE SGC:                                 | VIVIAN HERNANDEZ MANRIQUE                                                           |
| FIRMA RESPONSABLE SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD (S.G.C) |                                                                                     |
| NOMBRE RESPONSABLE ÁREA:                                | LILIAM BEATRIZ SMITH SANCHEZ MURILLO                                                |
| FIRMA GERENTE GENERAL E.S.E                             |                                                                                     |



Examen : INDUCCION SGSST ASISTENCIAL

Fecha : mié. mar 25 2026 2:24 PM

Estudiante : LUZ ESTELA CHACON PARDO (LUZ ESTELA CHACON PARDO)

No se agregaron alojamientos

Precisión

**100%**

Total preguntas

**15**

✓ Correcto

**15**

× Incorrecto

**0**

| N.º | Pregunta                                                                                                                                                                                                                           | Tiempo | Puntos | Respuesta                                                                                                                                                         |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1   | Escriba por favor su nombre completo y número de cédula                                                                                                                                                                            | 20     | 1      | LUZ ESTELA CHACON PARDO<br>63253470                                                                                                                               |
| 2   | Cuál es su cargo (médico, Aux de enfermería, Servicios generales, etc) y su número de teléfono                                                                                                                                     | 27     | 1      | AUXILIAR DE ENFERMERIA                                                                                                                                            |
| 3   | FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DE LA EVALUACIÓN (DIA-MES-AÑO)                                                                                                                                                                           | 11     | 1      | 25/03/2026                                                                                                                                                        |
| 4   | En lo que respecta a la seguridad y salud en el trabajo, la normatividad colombiana establece unas responsabilidades del trabajador / contratista de obligatorio cumplimiento. Seleccione DOS (2) opciones que considere correctas | 12     | 1      | ✓ Procurar el cuidado integral de su salud<br>✓ Acatar las normas, reglamentos, políticas y protocolos establecidos por el SG-SST                                 |
| 5   | ¿Cuál es el compromiso de la Alta Dirección en la política de seguridad y salud en el trabajo?                                                                                                                                     | 3      | 1      | ✓ Garantizar recursos necesarios para la implementación del SG-SST                                                                                                |
| 6   | ¿Cuales son algunas de las características en cuanto a capacidad, ubicación y manipulación del guardián de seguridad para el manejo de elementos cortopunzantes - ECP?                                                             | 4      | 1      | ✓ Fabricado en polipropileno de alta densidad, Resistente al calor y golpes, de único uso. Debe estar instalado en un lugar fijo, dentro del ar... see more       |
| 7   | ¿Cuál es la principal diferencia entre incidente y accidente de trabajo?                                                                                                                                                           | 4      | 1      | ✓ El accidente de trabajo resulta en daño real (lesión física, perturbación funcional o psiquiátrica, fatalidad), mientras que un incidente de trabaj... see more |
| 8   | En materia de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) la ESE Hospital San Juan de Cimitarra tiene 3 comités acorde a la normativa aplicable, estos son:                                                                              | 5      | 1      | ✓ COPASST<br>Comité de Convivencia Laboral<br>Comité Hospitalario de Emergencias                                                                                  |
| 9   | ¿Cuál es la función principal del guardián de seguridad?                                                                                                                                                                           | 4      | 1      | ✓ Proteger a las personas (pacientes, personal médico, servicios generales) de                                                                                    |



| N.º | Pregunta                                                                                                                                                            | Tiempo | Puntos | Respuesta                                                                                                                                                                                                                            |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                                                                                                                                                                     |        |        | lesiones y la transmisión de enfermedades infecciosas mediante la reco... <a href="#">see more</a>                                                                                                                                   |
| 10  | ¿Qué se prohíbe durante el desarrollo de la labor o actividad para la cual fue contratado, según la política de prevención del consumo de alcohol, tabaco y drogas? | 7      | 1      | ✓ El porte y/o consumo de alcohol, tabaco, drogas y sustancias psicoactivas                                                                                                                                                          |
| 11  | ¿Cuáles podrían ser las condiciones necesarias para que se considere un accidente de trabajo? Seleccione TRES (3) opciones que considere correctas:                 | 9      | 1      | ✓ Que la situación se materialice en desarrollo de las actividades laborales<br>Que se haya materializado<br>✓ bajo órdenes del empleador o jefe inmediato<br>Que ocurrió dentro de la<br>✓ jornada laboral u horario del trabajador |
| 12  | ¿Qué tipo de elementos cortopunzantes se desechan en el guardián de seguridad para riesgo biológico?                                                                | 6      | 1      | ✓ Agujas, jeringas de aguja fija, láminas de bisturí, lancetas, placas de cultivo, cuchillas de afeitar                                                                                                                              |
| 13  | En caso de sufrir un accidente de trabajo, qué considera que es lo primero que se debe hacer?                                                                       | 4      | 1      | ✓ Reportar de manera inmediata al profesional de SST o al jefe inmediato sobre la situación                                                                                                                                          |
| 14  | Las políticas del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) que tiene la institución son:                                                      | 4      | 1      | ✓ *Política de prevención de acoso laboral, sexual, violencia basada en género y personas LGBTIQ+<br>*Política de prevención del consumo de alcoho... <a href="#">see more</a>                                                       |
| 15  | ¿Cuál considera que es una práctica segura para el descarte de elementos cortopunzantes – ECP?                                                                      | 6      | 1      | ✓ Evite el reecapuchado, de ser necesario, aplique el método de "una sola mano"<br>Utilice las ranuras y orificios de la tapa del recipiente para ... <a href="#">see more</a>                                                       |



Adelante valientes



## CERTIFICA QUE:

NOMBRE LUZ ESTELA CHACON PARDO CC 63253470

EMPRESA ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN

### ASISTIÓ A LA CAPACITACIÓN

HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS EN SALUD

Con una intensidad horaria de 02 horas.

Se firma en Bucaramanga a los 29 días del mes de 11 de 2024.

Carmen Elena Neira Rueda  
**Gerente Zona Santanderes**



# LA CORPORACIÓN INTERNACIONAL LÍDERES LATINOAMÉRICA

NIT 830.086.471-6

Hace constar que:

**LUZ ESTELA CHACON PARDO**

Identificado(a) con C.C. 63253470

*Cursó y aprobó los estudios correspondiente al:*

**CURSO**

**FORMACION EN ATENCION AL CLIENTE**

**Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición**

Con una intensidad horaria de Cincuenta (50) Horas

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (23) días del mes de diciembre del año 2024

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional de Colombia

Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección de Colombia



**BEATRIZ EUGENIA RAMOS SUAZA**

Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Critico  
Rehabilitación Cardiopulmonar y  
Certificación AHA como proveedor en salud

**LUIS CARLOS PRADA PRADA**

Director  
Corporación Internacional Líderes Latinoamérica



**La validez del documento también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo [academico@cillatinoamerica.com.co](mailto:academico@cillatinoamerica.com.co)**



# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud  
certifica que:

***LUZ ESTELA CHACON PARDO***

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

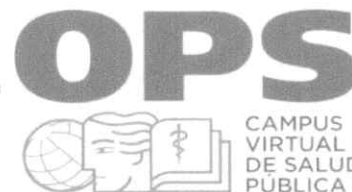
**Diagnóstico y manejo clínico del dengue**

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 75,00 %

29 de julio de 2025

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.  
Director



**FIU**  
FLORIDA INTERNATIONAL UNIVERSITY

Robert Stempel College  
of Public Health  
& Social Work



# Corporación Internacional Líderes Latinoamerica

NIT: 830.086.471-6



**Hace constar que:**

**LUZ ESTELA CHACON PARDO**

C.C. - No. 63253470

**Cursó y aprobó los estudios correspondientes al:**

**CURSO**

**FORMACION EN ATENCION INTEGRAL EN SALUD PARA  
MANEJO Y GESTION DEL DUELO**

**Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición**

Siendo una formación propia, con una intensidad de cincuenta (50) horas.

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (01) días del mes de octubre del año 2025

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

**Beatriz Eugenia Ramos Suaza**  
Especialización en Auditoría Clínica, Cuidado Crítico  
Rehabilitación Cardiopulmonar y  
Certificación AHA como proveedor en salud

**Luis Carlos Prada Prada**  
Director  
Corporación Internacional Líderes



**La validez del documento también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo [academico@cillatinoamerica.com.co](mailto:academico@cillatinoamerica.com.co)**



# LA CORPORACIÓN INTERNACIONAL LÍDERES LATINOAMÉRICA

NIT 830.086.471-6

Hace constar que:

**LUZ ESTELA CHACON PARDO**

Identificado(a) con C.C. 63253470

*Cursó y aprobó los estudios correspondiente al:*

**CURSO**

**FORMACION EN ATENCION INTEGRAL EN SALUD PARA  
EL PACIENTE DONANTE**

**Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición**

Con una intensidad horaria de Cincuenta (50) Horas

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (23) días del mes de diciembre del año 2024

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional de Colombia

Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección de Colombia



**BEATRIZ EUGENIA RAMOS SUAZA**

Especialización en Auditoría Clínica, Cuidado Crítico  
Rehabilitación Cardiopulmonar y  
Certificación AHA como proveedor en salud

**LUIS CARLOS PRADA PRADA**

Director  
Corporación Internacional Líderes Latinoamérica



**La validez del documento también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo [academico@cillatinoamerica.com.co](mailto:academico@cillatinoamerica.com.co)**



# Corporación Internacional Líderes Latinoamerica

NIT: 830.086.471-6



**Hace constar que:**

**LUZ ESTELA CHACON PARDO**

C.C. - No. 63253470

**Cursó y aprobó los estudios correspondientes al:**

**CURSO**

**FORMACION EN ATENCION INTEGRAL EN SALUD PARA  
VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GENERO**

**Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición**

Siendo una formación propia, con una intensidad de cincuenta (50) horas.

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (01) días del mes de octubre del año 2025

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional de Colombia

Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección de Colombia

**Beatriz Eugenia Ramos Suaza**

Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Critico  
Rehabilitación Cardiopulmonar y  
Certificación AHA como proveedor en salud

**Luis Carlos Prada Prada**

Director  
Corporación Internacional Líderes



**La validez del documento también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo academico@cillatinoamerica.com.co**





# Corporación Internacional Líderes Latinoamerica

NIT: 830.086.471-6



**Hace constar que:**

**LUZ ESTELA CHACON PARDO**

C.C. - No. 63253470

**Cursó y aprobó los estudios correspondientes al:**

**CURSO**

**FORMACION EN ATENCION INTEGRAL EN SALUD PARA  
VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUIMICOS**

**Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición**

Siendo una formación propia, con una intensidad de cincuenta (50) horas.

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (01) días del mes de octubre del año 2025

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

**Beatriz Eugenia Ramos Suaza**  
Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Crítico  
Rehabilitación Cardiopulmonar y  
Certificación AHA como proveedor en salud

**Luis Carlos Prada Prada**  
Director  
Corporación Internacional Líderes



**La validez del documento también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo academico@cillatinoamerica.com.co**





# LA CORPORACIÓN INTERNACIONAL LÍDERES LATINOAMÉRICA

NIT 830.086.471-6

Hace constar que:

**LUZ ESTELA CHACON PARDO**

Identificado(a) con C.C. 63253470

*Cursó y aprobó los estudios correspondiente al:*

**CURSO**

**FORMACION EN SEGURIDAD DEL PACIENTE**

**Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición**

Con una intensidad horaria de Cincuenta (50) Horas

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (23) días del mes de diciembre del año 2024

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional de Colombia

Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección de Colombia

VALIDAR  
CERTIFICADO



**BEATRIZ EUGENIA RAMOS SUAZA**

Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Critico

Rehabilitación Cardiopulmonar y

Certificación AHA como proveedor en salud

**LUIS CARLOS PRADA PRADA**

Director

Corporación Internacional Líderes Latinoamérica

**La validez del documento también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo [academico@cillatinoamerica.com.co](mailto:academico@cillatinoamerica.com.co)**





# Corporación Internacional Líderes Latinoamerica

NIT: 830.086.471-6



**Hace constar que:**

**LUZ ESTELA CHACON PARDO**

C.C. - No. 63253470

**Cursó y aprobó los estudios correspondientes al:**

## **CURSO SOPORTE VITAL BASICO (BLS)**

**Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición**

Siendo una formación propia, con una intensidad de veinte (20) horas.

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (01) días del mes de octubre del año 2025

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional de Colombia

Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección de Colombia

**Beatriz Eugenia Ramos Suaza**

Especialización en Auditoría Clínica, Cuidado Crítico  
Rehabilitación Cardiopulmonar y  
Certificación AHA como proveedor en salud

**Luis Carlos Prada Prada**

Director

Corporación Internacional Líderes



**La validez del documento también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo [academico@cillatinoamerica.com.co](mailto:academico@cillatinoamerica.com.co)**



# Corporación Internacional Líderes Latinoamerica

NIT: 830.086.471-6



**Hace constar que:**

**LUZ ESTELA CHACON PARDO**

C.C. - No. 63253470

**Cursó y aprobó los estudios correspondientes al:**

## **CURSO FORMACION EN TOMA DE MUESTRAS DE CITOLOGIA CERVICOUTERINA**

**Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición**

Siendo una formación propia, con una intensidad de cincuenta (50) horas.

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (28) días del mes de julio del año 2025

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

**Beatriz Eugenia Ramos Suaza**

Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Crítico  
Rehabilitación Cardiopulmonar y  
Certificación AHA como proveedor en salud

**Luis Carlos Prada Prada**

Director  
Corporación Internacional Líderes



**La validez del documento también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo [academico@cillatinoamerica.com.co](mailto:academico@cillatinoamerica.com.co)**



# Corporación Internacional Líderes Latinoamerica

NIT: 830.086.471-6



**Hace constar que:**

**LUZ ESTELA CHACON PARDO**

C.C. - No. 63253470

**Cursó y aprobó los estudios correspondientes al:**

**CURSO  
FORMACION EN TOMA DE MUESTRAS  
PRUEBAS RAPIDAS (POCT)**

**Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición**

Siendo una formación propia, con una intensidad de Cincuenta (50) Horas.

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (01) días del mes de octubre del año 2025

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional de Colombia

Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección de Colombia

**Beatriz Eugenia Ramos Suaza**

Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Crítico  
Rehabilitación Cardiopulmonar y  
Certificación AHA como proveedor en salud

**Luis Carlos Prada Prada**

Director  
Corporación Internacional Líderes



**La validez del documento también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo [academico@cillatinoamerica.com.co](mailto:academico@cillatinoamerica.com.co)**



# Corporación Internacional Líderes Latinoamerica

NIT: 830.086.471-6



**Hace constar que:**

**LUZ ESTELA CHACON PARDO**

C.C. - No. 63253470

**Cursó y aprobó los estudios correspondientes al:**

**CURSO**

**FORMACION EN LACTANCIA MATERNA**

**Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición**

Siendo una formación propia, con una intensidad de Cincuenta (50) horas.

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (28) días del mes de julio del año 2025

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional de Colombia

Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección de Colombia

**Beatriz Eugenia Ramos Suaza**

Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Crítico  
Rehabilitación Cardiopulmonar y  
Certificación AHA como proveedor en salud

**Luis Carlos Prada Prada**

Director  
Corporación Internacional Líderes



**La validez del documento también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo [academico@cillatinoamerica.com.co](mailto:academico@cillatinoamerica.com.co)**



# Corporación Internacional Líderes Latinoamerica

NIT: 830.086.471-6



**Hace constar que:**

**LUZ ESTELA CHACON PARDO**

C.C. - No. 63253470

**Cursó y aprobó los estudios correspondientes al:**

**CURSO**

**FORMACION EN MANEJO DEL DOLOR**

**Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición**

Siendo una formación propia, con una intensidad de cincuenta (50) horas.

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (28) días del mes de julio del año 2025

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional de Colombia

Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección de Colombia

**Beatriz Eugenia Ramos Suaza**

Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Critico  
Rehabilitación Cardiopulmonar y  
Certificación AHA como proveedor en salud

**Luis Carlos Prada Prada**

Director  
Corporación Internacional Líderes



**La validez del documento también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo [academico@cillatinoamerica.com.co](mailto:academico@cillatinoamerica.com.co)**



# Corporación Internacional Líderes Latinoamerica

NIT: 830.086.471-6



**Hace constar que:**

**LUZ ESTELA CHACON PARDO**

C.C. - No. 63253470

**Cursó y aprobó los estudios correspondientes al:**

**CURSO**

**FORMACION EN TRIAGE EN URGENCIAS**

**Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición**

Siendo una formación propia, con una intensidad de cincuenta (50) horas.

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (01) días del mes de octubre del año 2025

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional de Colombia

Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección de Colombia

**Beatriz Eugenia Ramos Suaza**

Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Critico  
Rehabilitación Cardiopulmonar y  
Certificación AHA como proveedor en salud

**Luis Carlos Prada Prada**

Director  
Corporación Internacional Líderes



**La validez del documento también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo [academico@cillatinoamerica.com.co](mailto:academico@cillatinoamerica.com.co)**





# Corporación Internacional Líderes Latinoamerica

NIT: 830.086.471-6



**Hace constar que:**

**LUZ ESTELA CHACON PARDO**

C.C. - No. 63253470

**Cursó y aprobó los estudios correspondientes al:**

## **CURSO PRIMEROS AUXILIOS**

**Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición**

Siendo una formación propia, con una intensidad de veinte (20) horas.

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (28) días del mes de julio del año 2025

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

**Beatriz Eugenia Ramos Suaza**  
Especialización en Auditoría Clínica, Cuidado Crítico  
Rehabilitación Cardiopulmonar y  
Certificación AHA como proveedor en salud

**Luis Carlos Prada Prada**  
Director  
Corporación Internacional Líderes



**La validez del documento también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo [academico@cillatinoamerica.com.co](mailto:academico@cillatinoamerica.com.co)**





# Corporación Internacional Líderes Latinoamerica

NIT: 830.086.471-6



**Hace constar que:**

**LUZ ESTELA CHACON PARDO**

C.C. - No. 63253470

**Cursó y aprobó los estudios correspondientes al:**

## **CURSO FORMACION EN REALIZACION DE EXAMEN CLINICO DE LA MAMA**

**Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición**

Siendo una formación propia, con una intensidad de cincuenta (50) horas.

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (28) días del mes de julio del año 2025

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

**Beatriz Eugenia Ramos Suaza**  
Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Crítico  
Rehabilitación Cardiopulmonar y  
Certificación AHA como proveedor en salud

**Luis Carlos Prada Prada**  
Director  
Corporación Internacional Líderes



**La validez del documento también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo [academico@cillatinoamerica.com.co](mailto:academico@cillatinoamerica.com.co)**