Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
SANCHEZ	CASTRO	LINA JASBLEIDY

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C ● C.E ○ PAIS ○ No 1.007.357.694

SEXO: F ● M

NACIONALIDAD: COL X ● EXTRANJERO ○ PAÍS Colombia

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE NÚMERO _ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 0 1 MES 0 6 AÑO 2 0 0 1

PAÍS COLOMBIA

DEPTO TOLIMA

MUNICIPIO DOLORES

CRA 6 #2-18 ESTE B/EL MANGO

PAÍS COLOMBIA DEPTO TOLIMA

MUNICIPIO DOLORES

TELÉFONO 3212337077 EMAIL : LIJASACA0106@GMAIL.COM

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO: BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 1 2 AÑO 2 0 1 8

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
T.C	3	X		AUXILIAR DE ENFERMERIA	12	2023	000097

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

N FORMATO
ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

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

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TOLIMA	PRADO	HOSANVIPRADOESE@YAHOO.ES

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3175173293	DÍA 01 MES 07 AÑO 2025	DÍA 15 MES 10 AÑO 2025

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	APS – GOBERNACION	CALLE 13 #3 A – 71 B/DIVISO PRADO

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TOLIMA	PRADO	HOSANVIPRADOESE@YAHOO.ES

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3175173293	DÍA 01 MES 08 AÑO 2025	DÍA 31 MES 10 AÑO 2025

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	APS	CALLE 13 #3 A – 71 B/DIVISO PRADO

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPTAL SAN VICENTE DE PAUL	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TOLIMA	PRADO	HOSANVIPRADOESE@YAHOO.ES

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3175173293	DÍA 01 MES 11 AÑO 2025	DÍA 31 MES 12 AÑO 2025

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	APS	CALLE 13 #3 A – 71 B/DIVISO PRADO

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*		*FECHA DE RETIRO*
	DÍA MES AÑO		DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL SAN RAFAEL E.S.E	X		COLOMBIA
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TOLIMA	DOLORES		HOSPITALSANRAFAELDOLORES@GMAIL.CO
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*		*FECHA DE RETIRO*
3175173293	DÍA 02 MES 04 AÑO 2025		DÍA 30 MES 06 AÑO 2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	APS		CRA 6 # 9 – 02 B/SAN RAFEL
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL SAN RAFEL E.S.E	X		COLOMBIA
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TOLIMA	DOLORES		HOSPITALSANRAFAELDOLORES@GMAIL.C
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*		*FECHA DE RETIRO*
3175173293	DÍA 08 MES 07 AÑO 2024		DÍA 08 MES 12 AÑO 2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	APS		CRA 6 # 9 – 02 B/SAN RAFEL
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL SAN RAFAEL E.S.E	X		COLOMBIA
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TOLIMA	DOLORES		HOSPITALSANRAFAELDOLORES@GMAIL.COM
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*		*FECHA DE RETIRO*
3175173293	DÍA 13 MES 02 AÑO 2024		DÍA 13 MES 05 AÑO 2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	APS		CRA 6 # 9 – 02 B/SAN RAFAEL

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO	1	8
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	1	8

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.007.357.694

SANCHEZ CASTRO

APELLIDOS

LINA JASBLEIDY

NOMBRES

FIRMA


INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-JUN-2001

DOLORES
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

26-JUN-2019 DOLORES

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-2904300-01092865-F-1007357694-20190612 00673202/54A 1 53762745

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 298179900

PIB
19:24:52

Bogotá DC, 19 de junio 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) LINA JASBLEIDY SANCHEZ CASTRO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1007357694:

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 Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 19 de junio de 2026, a las 19:26:09, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1007357694
Código de Verificación	1007357694260619192609

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

Generó: WEB

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 07:33:40 PM horas del 19/06/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1007357694**

Apellidos y Nombres: **SANCHEZ CASTRO LINA JASBLEIDY**

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

Todos los derechos reservados.

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

Consultar por:

CEDULA DE CIUDADANIA

N° Identificación, Comparendo o Expediente:

1007357694

Fecha Expedición:

26/06/2019

Nueva Busqueda | Validar Policía

Preguntas Frecuentes (https://srvcnpc.policia.gov.co/multimedia/formatos/PREGUNTAS_FRECUENTES_CNSCC_RNMC.pdf)

Imprimir

República de Colombia

y en su nombre la

Institución Educativa

" Antonia Santos "

Dolores - Tolima

Aprobada por la Secretaría de Educación y Cultura del Tolima,
Según Resolución No. 4869 del 5 de Septiembre de 2016

Confiere a:

Lina Jasbleidy Sánchez Castro

Identificado (a) con T.I. 1.007.357.694 de Dolores - Tolima

El Título de:

Bachiller Académico

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

Acta General de Graduación No. 003 del 7 de Diciembre de 2018

Libro de registro No. 2 Folio No. 48, 49 y 50

Dado en Dolores - Tolima, a los 7 días de Diciembre de 2018

DOLORES TOLIMA INSTITUCION EDUCATIVA ANTONIA SANTOS

José Roberto Villanueva
C.C. 14.220.011 de Ibagué Tol.
Rector

Consuelo Andrade Murillo
C.C. 28.892.116 de Purificación Tol.
Secretaria Habilitada

No requiere registro, según Decreto No. 921 del 6 de mayo de 1994, expedido por el M. E. N.

Institución Educativa
" Antonia Santos"
Dolores - Tolima

Registro Educativo 12361068
Inscripción DANE 173236000020
Código Icfes: 016105 - Nit. 800.006.743-3

Acta Individual de Graduación

En Dolores (Tolima) a los 7 días del mes de Diciembre de 2018, se reunieron el Rector y la Secretaria en la Rectoría del plantel, para dar cumplimiento al artículo 88 de la ley 115 de 1994 que determina que el Título de Bachiller Académico se otorga a quienes hayan recibido una formación por niveles y grados y acumulado los saberes definidos en el Proyecto Educativo Institucional, dicho reconocimiento se hará constar en un Diploma y su otorgamiento es de competencia de los Rectores de las Instituciones Educativas, para la continuación en la Educación Superior. En virtud a lo anteriormente expuesto se formalizo la graduación de los educandos del último grado de Educación Media Académica autorizada por el Decreto 1290 de 16 Abril de 2009 expedida por el « MEN » y Según Resolución No. 4869 del 5 de Septiembre de 2016 de la Secretaria de Educación y Cultura Departamental del Tolima, se procedio a otorgar,

El Título de:

Bachiller Académico

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

Lina Jasbleidy Sánchez Castro

T.I. 1.007.357.694 de Dolores - Tolima

Acta General de Graduación No. 003 Folio No. 48, 49 y 50 de 7 de Diciembre de 2018

Libro de registro No. 2

Dado en Dolores (Tolima) a los 7 días del mes de Diciembre de 2018

José Roberto Villanueva
C.C. 14.220.011 de Ibagué - Tolima
Rector

Consuelo Andrade Murillo
C.C. 28.892.116 de [illegible]
Secretaria Habilitada

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Secretaria de Educación del Tolima

Instituto de Educación para El Trabajo y El Desarrollo Humano

Centro Educativo Tolimense
Especializado En Sistemas y Salud

"CENTECS"

PURIFICACIÓN - TOLIMA

Con licencia de Funcionamiento 0360 del 27 de marzo de 2007 y acuerdo 0043 del 21 de Enero de 2011 de la comisión intersectorial del Talento Humano en Salud Resolución 5469 del 26 de Agosto de 2015, Resolución de Renovación de Programa No. 3739 del 09 de Diciembre de 2020, Secretaria de Educación y Cultura del Tolima.

Confiere el Certificado de Técnico Laboral
por competencias en:

AUXILIAR DE ENFERMERÍA

A:

Lina Jasbleidy Sánchez Castro

Identificado(a) con C.C. 1.007.357.694 de Dolores - Tolima

Por haber cursado y aprobado el programa de Técnico Laboral por competencias en Auxiliar de Enfermería con una intensidad de 1776 horas.

Dada en Purificación – Tolima a los 6 días del mes de Diciembre del año 2023.

CENTECS

Directora

Asistente Administrativa

Anotado en el folio Nº 045 Registro 018 del libro de actas 023

Centro Educativo Tolimense Especializado en Sistemas y Salud

"CENTECS"

Nit.: 65.693.366-1

Acta individual de Graduación

En la ciudad de Purificación – Tolima a los seis (06) días del mes de Diciembre de 2023, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de ultimo ciclo los suscritos Directora General y Secretaria, en la dirección del Instituto de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano "**CENTRO EDUCATIVO TOLIMENSE ESPECIALIZADO EN SISTEMAS Y SALUD "CENTECS**" Aprobada segun acuerdo No.0043 del 21 Enero de 2011 del Ministerio de Protección Social . Resolución de Registro de Programa 5469 del 26 de Agosto de 2015, y Renovación de programa No 3739 del 09 de Diciembre de 2020 por la Secretaria de Educación y Cultura del Tolima, en el nivel de Técnico Laboral, para otorgar el certificado que lo acredita como **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA**. Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel Técnico Laboral se procede a otorgar el certificado de **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA** al graduando, cuyos nombres, apellidos y números de documento de identidad se relacionan a continuación:

LINA JASBLEIDY SANCHEZ CASTRO

Identificado (a) con C.C. No 1.007.357.694 de Dolores -Tolima

Es Fiel copia del Libro de acta original de Graduación No. 021, Folio 045 Registro No. 018 Del 06 de Diciembre de 2023; Que consta de Treinta y tres (33) alumnos Graduandos que comienza con el nombre de Allison Michel Avila Vásquez y se cierra con el nombre de Vivian Marcela Yara Prada.

Firmada y sellada por Emérita Galindo Rodriguez C.C. No. 65.693.336 de espinal – Tolima (Directora) y Maria Alejandra Villanueva Devia C.C No. 1.110.532.862 de Ibagué – Tolima (secretaria).

Dada en purificación – Tolima a los 06 días del mes de Diciembre del 2023

"CENTECS" NIT: 65.693.366-1

Emérita Galindo Rodriguez
Directora

María Alejandra Villanueva D
Secretaria

GOBERNACION DEL TOLIMA
Secretaria De Salud Del Tolima

RESOLUCION N° 000097

"Por la cual se Registra un título y se concede autorización para ejercer como"
TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR DE ENFERMERIA

SECRETARIA DE SALUD DEL TOLIMA
En uso de la facultad concedida por los Decretos N° 1875 de Agosto 3 de 1994 y 1352 de 2000, del Ministerio de Salud y

CONSIDERANDO

Que LINA JASBLEIDY SANCHEZ CASTRO, identificado (a) con Cedula de Ciudadania N° 1007357694, ha solicitado el registro del certificado de Aptitud Ocupacional como TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR DE ENFERMERIA, según diploma N° SN de fecha 2023-12-06 otorgado por CENTRO EDUCATIVO TOLIMENSE ESPECIALIZADO EN SISTEMAS Y SALUD "CENTECS" y acta de grado N° 021.

Que dicho Certificado de Aptitud Ocupacional, no requiere registro de la Secretaria de Educación, de conformidad con la directriz trazada en la circular N° 030 del 11 de mayo de 1984.

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Registrar el Certificado de Aptitud Ocupacional como TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR DE ENFERMERIA a LINA JASBLEIDY SANCHEZ CASTRO identificado (a) con Cedula de Ciudadania N° 1007357694, titulo otorgado por CENTRO EDUCATIVO TOLIMENSE ESPECIALIZADO EN SISTEMAS Y SALUD "CENTECS", según acta de grado N° 021 del 2023-12-06.

ARTICULO SEGUNDO: Este registro tiene validez en todo el territorio Nacional y tiene efectos de inscripción para laborar en el Departamento del Tolima.

ARTICULO TERCERO: NOTIFICAR a LINA JASBLEIDY SANCHEZ CASTRO, el contenido de la presente resolución, en los términos del artículo 67 y s.s del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

ARTICULO CUARTO: Contra la presente resolución procede el recurso de reposición ante el Secretario de Salud del Tolima y el de apelación ante el Gobernador del Tolima dentro de los 10 días siguientes a la fecha de notificación.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE 13 FEB 2024

INGRID KATHERINE RENGIFO HERNANDEZ
Secretaria De Salud Del Tolima

Proyectó: Martha Dolly Montoya Tellez de la Prestación
Aprobó: Maribel Galeano Lozano Directora Dirección de Desarrollo de Servicios y Calidad
Revisó: Joan Camilo Castellanos Reyes Asesor Juridico

Powered by CamScanner

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

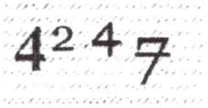
Número de Identificación *

1007357694

Primer Nombre

Primer Apellido

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

6029

Limpiar

Resultado General -2025-07-04--9:57:33 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1007357694	LINA	JASBLEIDY	SANCHEZ	CASTRO	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) LINA JASBLEIDY SANCHEZ CASTRO identificado(a) con CC 1007357694 registra La siguiente información:

2025-07-04--9:57:33 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA	2024-02-13	97	GOBERNACION DEL TOLIMA

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

HOSPITAL San Rafaél E.S.E Dolores - Tolima Unidos por la efectividad y humanización en la atención en salud NIT. 890-700-568-4	CERTIFICACIÓN	
VERSION:1.0	CODIGO: FECHA DE REALIZACION:	PAGINA _ DE _

EL SUSCRITO PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL HOSPITAL SAN RAFAEL E.S.E. DE DOLORES TOLIMA

CERTIFICA:

Que la señora **LINA JASBLEIDY SANCHEZ CASTRO,** identificada con cédula de ciudadanía No. 1.007.357.694 de Dolores Tolima, presto satisfactoriamente sus servicios en el hospital San Rafael E.S.E bajo los siguientes contratos:

AÑO 2024
CONTRATO #059-2024
FECHA DE INICIO: 13 de febrero de 2024
FECHA DE FINALIZACION: 13 de mayo de 2024
OBJETO: Prestación de servicios como auxiliar de enfermería para el programa de atención primaria en salud (APS) en el hospital San Rafael E.S.E. de Dolores Tolima.

CONTRATO #108-2024
FECHA DE INICIO: 08 de julio de 2024
FECHA DE FINALIZACION: 08 de diciembre de 2024
OBJETO: Prestación de servicios como auxiliar de enfermería para el programa de atención primaria en salud (APS) en el hospital San Rafael E.S.E. de Dolores Tolima.

La presente se expide a solicitud del interesado.

En constancia de lo anterior se firma en Dolores Tolima, a los nueve (09) días del mes de abril del 2025.

PLACIDO ALEXANDER PEREZ MARTINEZ
Profesional universitario

Powered by CamScanner

Función Pública

FORMULARIO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA PERSONA NATURAL (LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, LINA JASBLEIDY SANCHEZ CASTRO

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 1.007.357.694 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	COLOMBIA	Departamento	TOLIMA	Municipio	DOLORES
Dirección	CARRERA 6 #1-17			Teléfonos	3212337077

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
ANNY PAULINA ESPITIA SANCHEZ	1.110.119.035	HIJA

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESIÓN** **PARA RETIRARME** **PARA ACTUALIZACIÓN** **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** ,QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	$ -

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCOLOMBIA	AHORROS	42662650409	PURIFICACION	$ -

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

1.2. DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

c)En la actualidad: **SI** **NO** tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. C.E. T.I.	N°

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA

DOLORES-TOLIMA 10/JUNIO/2026

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP



Certificado de Vacunación del Adulto

Nombre: Lina Jasbleidy

Apellidos: Sanchez Castro

Documento de identidad: 1007357694

Fecha de nacimiento: 01-06-2001

Este carnet es válido a nivel nacional e internacional. Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Cruz Roja Colombiana
Seccional Tolima

Consérvalo

Centro de Vacunación
Espinal - Tolima
Carrera 4 No.17-95 B. Libertador
Contacto: 316 5290 283

Biológico	Dosis	Fecha	Lote	Firma Vacunador
Toxoide tetánico y diftérico	1d			
	2d			
	3d			
	4d			
	5d			
Hepatitis B	1d	5-7-2023		J Parra C.
	2d			J Parra C.
	3d			
	ref	5-8-2023		
Triple Viral	Única			
Varicela	1d			
	2d			
Vph	1d			
	2d			
	3d			
Herpes Zóster	Única			
Fiebre Tifoidea	1d			
	2d			

Biológico	Dosis	Fecha	Lote	Firma Vacunador
Hepatitis A	1d			
	2d			
Meningo BC	1d			
	2d			
Menactra	Única			
Fiebre Amarilla				
Adacel	Única			
Antirrabica	1d			
	2d			
	3d			
Prevenar 13	Única			
Influenza	anual			
	anual			
	anual			
Neumo 23	1d			

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

Consérvelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Lina Jasbleidy

Apellidos: Sanchez Castro

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1007357694

Fecha de Nacimiento: Día 01 Mes 06 Año 2007

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	19-6-26	Serum 0096 M003	HSR Dolores Luisa L.
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	Unica	08-08-23	Butatan 230049	Luisa Lozano
	Unica	19-6-26	V00526002	HSR Dolo
Virus de Papiloma Humano				

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 230e4df8-84c6-428e-a09a-015146872Za8

Nombres y apellidos / Full name: **LINA JASBLEIDY SANCHEZ CASTRO**

Tipo de identificación / ID Type: **CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Número de identificación / ID Number: **1 0 0 7 3 5 7 6 9 4**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **01/06/2001**

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3212337077**

Correo electrónico / e-mail: **12345@gmai.com**

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination: Día / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
VPH	Primera	24	04	2013		J000002	DOLORES ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	
VPH	Segunda	31	10	2013		J005613	DOLORES ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	
INFLUENZA TRIVALENTE PEDIÁTRICA	Primera	29	10	2014		V501024	DOLORES ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	29	07	2021		V50221006	DOLORES ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	MELANIA HERRERA HERRERA
COVID PFIZER	Primera	01	09	2021	PFIZER	FE3593	DOLORES ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	ROSA BETANCOURTH
COVID PFIZER	Segunda	21	10	2021	PFIZER	FH8026	DOLORES ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	ROSA ANA BETANCOURTH BARON
COVID PFIZER	Primer Refuerzo	02	03	2022	PFIZER	34511TB	DOLORES ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	ROSA ANA BETANCOURTH BARON
TD Adulto	Primera	20	10	2022	Serum	2331L011C	DOLORES ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	ROSA ANA BETANCOURTH BARON
TD Adulto	Segunda	03	03	2023	Serum	2331L024B	DOLORES ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	LUISA FERNANDA LOZANO SANCHEZ
COVID SINOVAC	Segundo Refuerzo	08	08	2023	Sinovac	202112131B	DOLORES ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	LUISA FERNANDA LOZANO SANCHEZ
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	08	08	2023		230049	DOLORES ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	LUISA FERNANDA SANCHEZ LOZANO
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	10	09	2024	Green Cross	V50524003	DOLORES ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	LUISA FERNANDA LOZANO SANCHEZ
COVID MODERNA XBB1.5	Adicional 1	10	09	2024	Catalent Indiana	026J23A	DOLORES ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	LUISA FERNANDA LOZANO SANCHEZ
Fiebre Amarilla	Única	23	10	2024	Sanofi Pasteur	X3A881V	DOLORES ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	LUISA FERNANDA LOZANO SANCHEZ

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema deInformación **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 Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - 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.

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 230e4df8-84c6-428e-a09a-015145872 7a8

Nombres y apellidos / Full name

LINA JASBLEIDY SANCHEZ CASTRO

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

1 0 0 7 3 5 7 6 9 4

Fecha de nacimiento / Date of birth

01/06/2001

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

3212337077

Correo electrónico / e-mail

12345@gmai.com

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Dia / Day	Mes / Month	Año / Year				
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	02	05	2025	GC BIOPHARMA CORP	V50525004	DOLORES ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	LUISA FERNANDA LOZANO SANCHEZ - CC28699250 - ACTIVO

El Mnisterio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema deInformación **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 Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - 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

Emuna
Medical Center IPS

Carrera 8 No 60A - 54 Barrio Prados del Norte
Segundo Sector - Ibagué Tolima



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 14.237

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL
03 DIA	07 MES	2024 AÑO	IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES CONTADO
Nombre de la empresa	Empresa en mision

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación: CC: Cedula de Ciudadanía, CE: Cedula de Extranjeria, TI: Tarjeta de Identidad, PT: Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
SANCHEZ CASTRO LINA JASBLEIDY	FEMENINO	23 AÑOS 1 MESES 1 DIAS	CC Tipo	1007357694 Numero

Cargo
AUXILIAR DE ENFERMERIA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
CON DEFECTO FISICO O ENFERMEDAD QUE NO INTERFIERE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *OBESIDAD NO ESPECIFICADO*

APTO	PARA TRABAJAR EN LA LABOR ASIGNADA

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	✓	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO PROMOCION Y PREVENCION OBESIDAD NO ESPECIFICADO	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
AUDIOMETRIA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE AUDITIVO	CONTROL DE PESO
VALORACIÓN POR EPS OBESIDAD NO ESPECIFICADO	SVE CARDIOVASCULAR OBESIDAD NO ESPECIFICADO	ACTIVIDAD FISICA AERÓBICA
	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
	SVE OSTEOMUSCULAR OBESIDAD NO ESPECIFICADO	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mi en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico	Aspirante o Trabajador
Firma:	Firma:
Nombre: ALVIS BOTELLO ADENAWER	Nombre: SANCHEZ CASTRO LINA JASBLEIDY
R. M.: 7311898 L.S.O.: 73-701-2019	CC: 1007357694

CamScanner

Software para el sector salud - www.biofile.com.co

Certificación
Bancaria

Viernes, 19 de junio de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que LINA JASBLEIDY SANCHEZ CASTRO identificado(a) con CC 1007357694, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
CUENTA AHORROS	42662650409	2024-01-24	Activo	*****

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345.Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

VIGILADO Superintendencia Financiera de Colombia
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141233931674

(415)7707212489984(8020) 000014123393167 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 0 7 3 5 7 6 9 4	0	Impuestos y Aduanas de Ibagué 9	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 0 7 3 5 7 6 9 4	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Tolima 7 3	Dolores 2 3 6

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SANCHEZ	CASTRO	LINA	JASBLEIDY

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Tolima 7 3	Dolores 2 3 6

41. Dirección principal: CR 6 # 2 - 18 ESTE

42. Correo electrónico: lijasaca0106@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 3 2 5 2 0 5 6 6	

CLASIFICACIÓN

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

8692

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

20- Obtención NIT

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

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 05-02-2026 12:35:10PM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Educación

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Salu

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-0549 del 06 de Febrero del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica

Lina Jasbleidy Sanchez Castro

CC 1007357694 de Dolores, Tolima

Realizó y aprobó el Curso de Atención Centrada en el Usuario de los Servicios de Salud con un total de 60 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-06-17
Fecha de vencimiento: 2028-06-17

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.co

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Salu

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-0549 del 06 de Febrero del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica

Lina Jasbleidy Sanchez Castro

CC 1007357694 de Dolores, Tolima

Realizó y aprobó el Curso en Soporte Vital Básico RCP (BLS)
con un total de 80 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-06-17
Fecha de vencimiento: 2028-06-17

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Salu

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-0549 del 06 de Febrero del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica

Lina Jasbleidy Sanchez Castro

CC 1007357694 de Dolores, Tolima

Realizó y aprobó el Curso en Medidas Antropométricas
con un total de 80 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-06-17
Fecha de vencimiento: 2028-06-17

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Salu

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-0549 del 06 de Febrero del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica

Lina Jasbleidy Sanchez Castro

CC 1007357694 de Dolores, Tolima

Realizó y aprobó el Curso en Competencias certificadas en atención a menores de 5 años con un total de 80 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-06-17
Fecha de vencimiento: 2028-06-17

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.co

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Salu

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-0549 del 06 de Febrero del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica

Lina Jasbleidy Sanchez Castro

CC 1007357694 de Dolores, Tolima

Realizó y aprobó el Curso en Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIE
Clínico
con un total de 60 Horas.

Fecha de emisión: 2026-06-17
Fecha de vencimiento: 2028-06-17

Verificación:

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.co

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

9a882558-4363-4c81-bbbf-36bf71691896

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Lina Jasbleidy Sanchez Castro

ha participado y aprobado el curso virtual:

Respuesta rápida a brotes de sarampión y rubéola en las Américas

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 96,67 %

17 de junio de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las Américas

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=9a882558-4363-4c81-bbbf-36bf71691896

Cruz Roja Colombiana

HACE CONSTAR QUE

Lina Jasbleidy Sánchez Castro

C.C. 1007357694

Realizo y completo los requisitos para el curso virtual en:

FORMACIÓN VIRTUAL EN MISIÓN MEDICA

Con una intensidad horaria de 40 Horas

Esta constancia fue generada en Bogotá D.C. Colombia

Insignia: 63dfe3fa-901d-4baa-8830-8928f5eb36a9

martes 2 de julio de 2024

VICTORIA EUGENIA LEMA LONDOÑO

Líder Educación Nacional

Sociedad Nacional de la Cruz Roja Colombiana

Esta constancia no constituye título de idoniedad para el ejercicio de las profesiones de salud.

Cruz Roja Colombiana

HACE CONSTAR QUE

Lina Jasbleidy Sánchez Castro

N° de identificación: 1007357694

Realizo y completo los requisitos para el curso virtual en:

Primeros Auxilios Básicos

Con una intesidad horaria de 20 Horas

Esta constancia fue generada en Bogotá D.C. Colombia

Insignia 9f9ef028-1b4d-4b7f-94b9-324674d40e46

viernes 19 de junio de 2026

Marylin Bonfante Zarate
Directora de Desarrollo Social y Humanitario
Sociedad Nacional Cruz Roja Colombiana.

Esta constancia no constituye título de idoniedad para el ejercicio de las profesiones de salud. Constancia válida por dos años.

La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante solicitud al correo: educacionnal@cruzrojacolombiana.org indicando el número de acta.