



REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que

**LUZ ESTELA BUELVAS PUCHE**

Con Cédula de Ciudadanía No. 32.766.803

Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral  
basado en competencias  
y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad le confiere el

**Título**

Para desempeñarse como:

**TÉCNICO PROFESIONAL EN  
AUXILIAR EN SALUD PÚBLICA**

Con una duración de 2640 Horas

En testimonio de lo anterior se firma el presente Título en Barranquilla  
A los Cinco (5) días del mes de Marzo de Dos Mil Ocho (2008)

MÓNICA CECILIA ABUCHAIBE ABUCHAIBE  
SUBDIRECTORA CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS  
REGIONAL ATLANTICO

SGC1008TP00133 05/03/2008  
No y FECHA DE REGISTRO



NIT. 901366232-1



Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

## *Certifica*

***LUZ ESTELA BUELVAS PUCHE.***

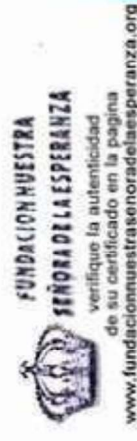
***c.c. 32.766.803 de Barranquilla – Atlántico***

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI Comunitario

con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2025-05-30

Fecha de vencimiento: 2027-05-30



  
ING. SOLANILLY COVALEDA

Representante Legal.



DEIBY STEVENS BRAVO OBANDO  
Jefe de Enfermería  
TP 3208

Docente.



ROSA GUZMAN  
ESP. Orientación Educativa y  
Desarrollo Humano  
Docente Especialista



NIT. 901366232-1



Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

## *Certifica*

# *LUZ ESTELA BUELVAS PUCHE*

## *c.c.32.766.803 de Barranquilla – Atlántico*

Realizó y aprobó el Curso Estrategia IAMI (Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia) con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2025-05-30

Fecha de vencimiento: 2027-05-30



FUNDACIÓN NUESTRA  
SEÑORA DE LA ESPERANZA  
verifique la autenticidad  
de su certificado en la página  
[www.fundacionnuestraesporanza.org](http://www.fundacionnuestraesporanza.org)

*Edl Covaleda.*

ING. SOLANILLY COVALEDA  
Representante Legal.

*W. Stevens*

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO  
Jefe de Enfermería  
TP 3206  
Docente.

*Rosa Guzman*

ROSA GUZMAN  
ESP. Orientación Educativa y  
Desarrollo Humano  
Docente Especialista



II SIMPOSIO NACIONAL  
DE ACTUALIZACIÓN EN  
VACUNAS



Sociedad Colombiana  
de Pediatría

LA SOCIEDAD COLOMBIANA DE PEDIATRÍA  
CERTIFICA QUE

**LUZ ESTELA BUELVAS PUCHE**

Asistió al II Simposio Nacional de Actualización en Vacunas,  
28 y 29 de agosto de 2015. Barranquilla - Colombia

Válido 40 puntos PRECEP

NICOLÁS IGNACIO RAMOS RODRÍGUEZ  
Presidente  
Sociedad Colombiana de Pediatría

ANA CRISTINA MARIÑO DRENS  
Coordinadora Comité de Vacunas  
Sociedad Colombiana de Pediatría



Unidad y orden  
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento del Decreto 933 de 2003

Certificado de Competencia Laboral a

**LUZ ESTELA BUELVAS PUCHE**

Con CÉDULA DE CUIDADANÍA No. 32.766.803

Quien demostró su Competencia Laboral en la

Norma

**NIVEL INTERMEDIO - Administrar inmunohológicos según delegación y normativa de salud.**

Código: 230101257

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en **BARRANQUILLA**, a los veinticuatro (24) días del mes de Febrero de dos mil dieciséis (2017).

Firmado Digitalmente por  
**ALVARO JESUS TORENEGRA BARROS**  
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA  
Autenticidad del Documento  
Bogotá - Colombia

28595 - 24022017  
Nº Y FECHA REGISTRO

**ALVARO JESUS TORENEGRA BARROS**  
Subdirector CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS  
REGIONAL ATLANTICO

VIGENCIA  
24 de Febrero de 2016.

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 930200230101257CC12766803C.



Libertad y orden  
REPÚBLICA DE COLOMBIA

## El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En Cumplimiento del Decreto 933 de 2003*

*Certificado de Competencia Laboral a*

**LUZ ESTELA BUELVAS PUCHE**

*Con Cédula de Profesional No. 32.756.803*

Quien demostró su Competencia Laboral en la

*Norma*

**Administrar inmunobiológicos según delegación y normativa vigente.**

*Código: 739101210*

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Barranquilla, al primer (1) día del mes de julio de dos mil once (2011)*

Firmado Digitalmente por  
MONICA CECILIA ABUCHAIBE ABUCHAIBE  
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA  
Autenticidad del Documento  
Bogotá - Colombia

SGC2011NC00312-01/07/2011  
No Y FECHA REGISTRO

MONICA CECILIA ABUCHAIBE ABUCHAIBE  
SUBDIRECTORA CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS  
REGIONAL ATLANTICO

VIGENCIA  
01 DE Julio DE 2014

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web: <http://certificados.senacol.gov.co>, bajo el número 9302002301012101019CC32766803G.



SECRETARIA DE SALUD ATLANTICO  
Que pensar por una vida digna



Certifican que:

*Luz E. Buelvas*

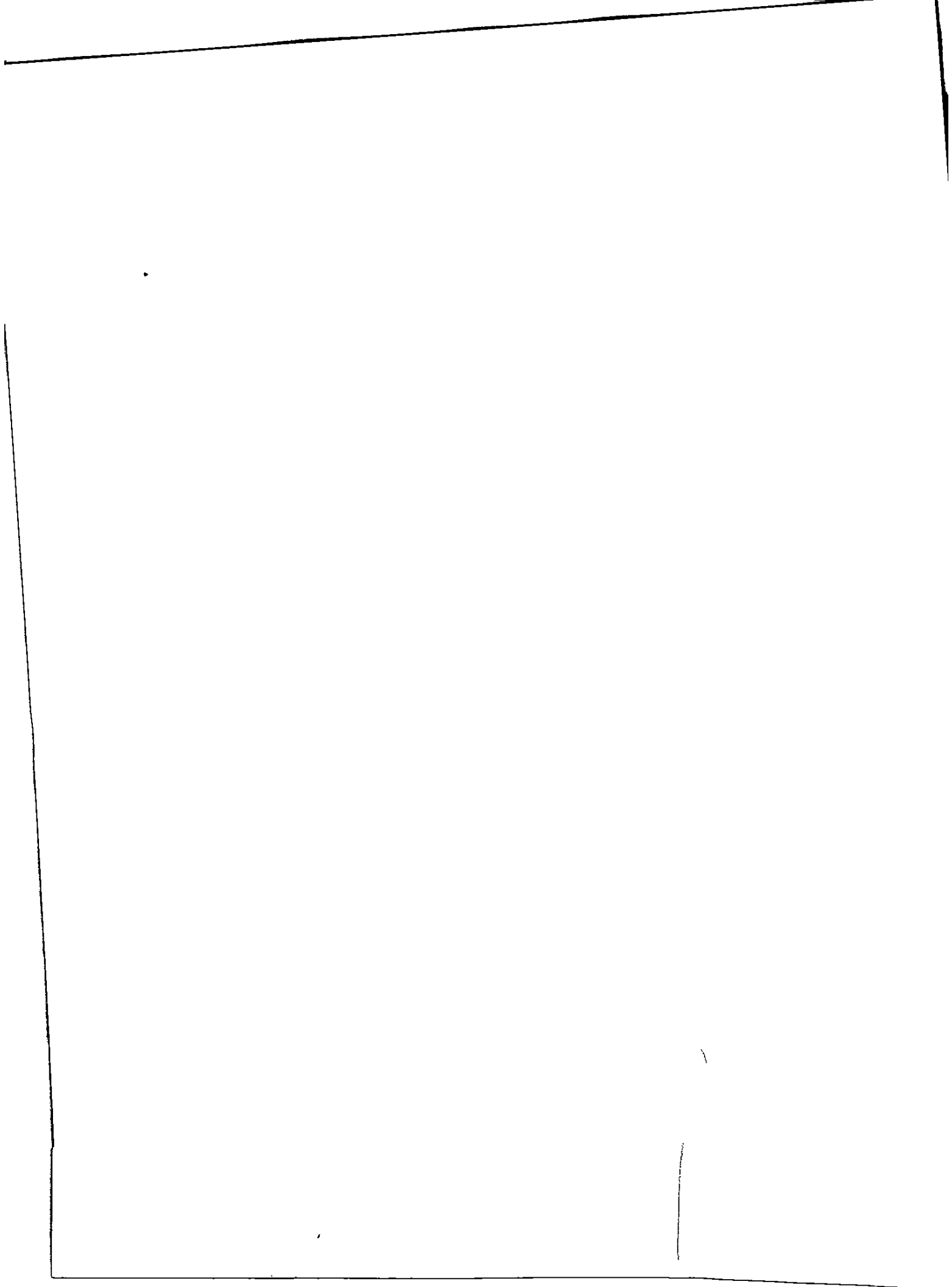


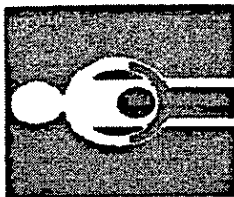
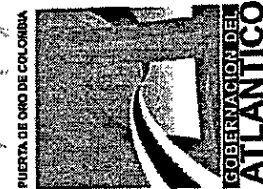
CIMA  
Consultoría Integral del Magdalena E.U.

*Asistió al Seminario - Taller sobre Asesoría en Pre-Pos Prueba y Fortalecimiento a la Adherencia al Tratamiento del VIH-SIDA, celebrado en Malambo - Atlántico, los días 17, 18 y 19 de Enero de 2005, con una intensidad de 24 horas.*

*[Signature]*  
Secretaría de Salud del Atlántico

*[Signature]*  
Consultoría Integral del Magdalena





**GOBERNACION DEL ATLANTICO  
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL  
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES**

CERTIFICA QUE:

**LUZ ESTELA BUELYAS**

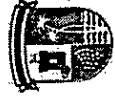
CC. 32.766.803

Participó en el taller de actualización en el Programa Ampliado de Inmunizaciones, realizado el 3 de noviembre de 2006 en el Auditorio de la Fundación Huellas del Municipio de Malambo

Secretario de Salud Departamental

Coordinadora PAI Departamental

Atlántico más  
**SOCIAL**



Gobernación  
del Atlántico




**FINEDUCARIBE**  
Fundación para el Trabajo y el Desarrollo Humano del Caribe

**CERTIFICA QUE:  
LUZ ESTELA BUELVAS ROCHE**

**ASISTIÓ AL TALLER  
LACTANCIA MATERNA EN EL MARCO DE LA  
SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL  
(SAN)**

Con una intensidad horaria de 8 horas  
Barranquilla, Diciembre 19 de 2012

  
**CELIA CRUZ TORRES SUAREZ**  
Sub-Secretaría de Salud Pública

  
**ROCÍO VASQUEZ CANAS**  
Directora FINEUCARIBE



TRANSFERENCIA RESOLUCIÓN 00002906-2015  
EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL  
EL SANATORIO DE CONTRATACIÓN E.S.E.



## Certifican

Que,

Luz Stella Buenvos Rodre

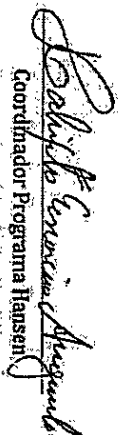
C.C. 32.766.803

Participó en el Seminario

**TEÓRICO - PRÁCTICO SOBRE EL MANEJO INTEGRAL DE LA LEPPA**

Con una intensidad de ocho (8) horas.

Ocurrido en Malambo a los 9 días del mes de Septiembre de 2015.

  
Coordinador Programa Hansen  
Sanatorio de Contratación E.S.E.



NIT: 8002005335-2

  
Gerente  
IPS

# ESTE CERTIFICADO DA CONSTANCIA DE QUE

Los Estela Nuevas

Identificado con CC: 32766803

Asistió a la capacitación

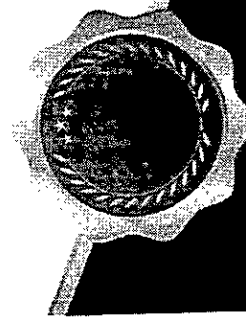
**MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD Y USO DE EPP PARA DISMINUIR EL RIESGO  
DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS INCLUYENDO COVID19**

realizada por la empresa Sanithelp y la Secretaría de Salud  
del Municipio de Malambo.

Dado en Malambo a los 18 días del mes de Noviembre de 2020.

*Demp Contato*  
SECRETARIA DE SALUD

*[Firma]*  
COORDINADOR DE PROYECTO  
SANITHHELP



Municipio de  
**Malambo**  
ICARDI PARA TODOS



**Sanithelp**



SECRETARIA DE SALUD

GOBIERNO DEL ESTADO

LINEAMIENTOS TECNICOS OPERATIVOS PARA LA APLICACION DEL REFUERZO DE LA VAGUNA CONTRA LA VARICELA EN EL ESQUEMA DE VACUNACION DEL PAI

OTORGADO A:

Luz Estela Buenas Puente

SOLEDAD, 15 DE OCTUBRE DEL 2019  
INTENSIDAD HORARIA: 8 HORAS

*[Signature]*

ELVIRA PRETEL  
Profesional especialista en  
Secretaría de Salud Departamental.

*[Signature]*

JOSE MIGUEL PEREZ CHAÍN  
Representante Legal  
Fundación La Rosa de Sarcón.



REPUBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

**LUZ ESTELA BUELVA PUCHE**

Con Cédula de Ciudadanía No. 22.766803

Curso y aprobó la acción de Formación

## MANEJO DE LA VACUNACION CONTRA EL COVID19 EN COLOMBIA

con una duración de 48 horas

En cumplimiento de lo anterior, se firma el presente en Barranquilla, a los quince (15) días del mes de febrero de dos mil veintuno (2021)

Firmado Digitalmente por

*Erika Rojas S*

ERIKA DEL CARMEN ROJAS SANJUANDELO  
CÓDIGO DE COMERCIO SERVICIOS  
REGIONAL ATLANTICO

72852095 - 150278021  
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://edificios.sena.edu.co>, bajo el número 9102002254201CC32766803C.



**EL CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS**

**CERTIFICA**

Que LUZ ESTELA BUELVAS PUCHE identificado(a) con Cedula de Ciudadanía No 32766803 de Barranquilla, realizó y aprobó el curso de MANEJO DE LA VACUNACION CONTRA EL COVID19 EN COLOMBIA con una intensidad horaria de Cuarenta y Ocho (48) y obtuvo una evaluación Apto.(A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó

A: Aprobó

Se expide en Barranquilla, a los quince (15) días del mes de febrero de dos mil veintiuno (2021).

Firmado Digitalmente por

*Erika Rojas S*

ERIKÁ DEL CARMEN ROJAS SANJUANELO  
Subdirectora (E) CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS  
REGIONAL ATLÁNTICO

*SENA: Una Organización con Conocimiento*

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



No de Radicación
4014838420

Fecha de Radicación
3 0 0 5 2 0 2 5

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo) Página 1 de 2

1. Tipo de trámite	2. Tipo afiliación	3. Regimen	4. Contribución Solidaria
A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>	A. Individual: <input checked="" type="checkbox"/> - Cotizante Cabeza de familia - Beneficiario afiliado adicional <input type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/>	A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código (a registrar por la EPS)	
A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/> D. Afiliado adicional <input type="checkbox"/>	A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	3	

A. AFILIACIÓN

8. Apellidos y nombres			
BUELVAS Primer apellido	PUCHE Segundo apellido	LUZ Primer nombre	ESTELA Segundo nombre
9. Tipo documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación
CC	32766803	Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual <input type="checkbox"/>
13. Nacionalidad	14. Lugar Nacimiento		15. Fecha Nacimiento
COLOMBIA	Pais: COLOMBIA Departamento: BOLIVAR Municipio: CARMEN DE BOLIVAR		2 3 0 1 1 9 7 4

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. Etnia				17. Comunidad				18. Discapacidad							
6								Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>							
19. Tiene encuesta SISBEN				20. Clasificación SISBEN				21. Grupo población especial							
Si <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>				Nivel <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/>											
22. Administradora de riesgos Laborales - ARL				23. Administradora de Pensiones				24. Ingreso base de cotización - IBC				25. Tarifa Contribución Solidaria			
INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL				INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL				1423500							
26. Residencia				3023075678				CRISTIANDAVIDIELVAMENDOZA85@GMAIL.COM							
CR 28 A 20 24 Dirección				Telefono fijo				Telefono celular				Correo electronico			
ATLANTICO Departamento				SOLEDAD Municipio/Distrito				170 Localidad / comuna				zona Urbana cabecera municipal <input type="checkbox"/> Rural dispersa <input type="checkbox"/> Urbana centro poblado <input checked="" type="checkbox"/> Resto rural <input type="checkbox"/>			

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

27. Apellidos y nombres			
Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre			
28. Tipo documento de identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual <input type="checkbox"/>
32. Nacionalidad			
33. Lugar Nacimiento			
34. Fecha Nacimiento			

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

35. Apellidos y nombres						
Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre						
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						
36. Tipo documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo Biológico	40. Sexo Identificación	41. Lugar Nacimiento	42. Fecha de nacimiento
B1			Femenino/Masculino	F M T NB otro cual	Pais Departamento Municipio	
B2						
B3						
B4						
B5						

Datos complementarios del Beneficiario

43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo poblacional especial	47. Encuesta SISBEN	48. Clasificación SISBEN	49. Discapacidad	50. Incapacidad Permanente
B1				Si No Nivel Grupo		Si No Categoria	Si No
B2							
B3							
B4							
B5							

51. Datos de residencia

Departamento	Municipio/Distrito	Zona				Telefono Fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
		Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural		
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							
Dirección		Localidad/Comuna			Correo Electrónico		
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

Selección de la IPS Primaria

53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C VS CARNAVAL - VS CARNAVAL	VSCARNAVAL - VSCARNAVAL
B	-
B	-
B	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Número de documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
LUZ ESTELA BUELVAS PUCHE	CC	32766803	01
59. Ubicación	CRISTIANDAVIDIELVAMENDOZA85@GMAIL.COM		ATLANTICO   SOLEDAD
CR 28 A 20 24 Dirección	Telefono fijo o celular		Departamento   Municipio/distrito

## B. REPORTE DE NOVEDADES

<b>60. Tipo de Novedad</b>	
<input type="checkbox"/> 1. Modificación datos básicos de identificación	<input type="checkbox"/> 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
<input type="checkbox"/> 2. Corrección datos básicos de identificación	<input type="checkbox"/> 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
<input type="checkbox"/> 3. Actualización documento de identidad	<input type="checkbox"/> 14. Movilidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo
<input type="checkbox"/> 4. Actualización y/o corrección datos complementarios	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado
<input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS.	<input type="checkbox"/> 15. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo régimen
Código: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> B. Diferente régimen
<input type="checkbox"/> 6. Reporte de pago a través de un tercero; Código: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 16. Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia
<input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales	<input type="checkbox"/> 17. Reporte del trámite de protección al cesante
<input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales	<input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
<input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar	<input type="checkbox"/> 19. Reporte de la calidad del pensionado
<input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando	<input type="checkbox"/> 20. Ingreso a contribución solidaria
<input type="checkbox"/> 11. Inscripción EPS retorno al país.	<input type="checkbox"/> 21. Retiro de contribución solidaria

## VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

<b>61. Datos básicos de la identificación</b>			
Primer apellido		Segundo apellido	
Primer nombre		Segundo nombre	
<b>Tipo documento de Identidad</b>	<b>Número documento de Identidad</b>	<b>62. Sexo biológico</b>	<b>63. Sexo identificación</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual <input type="checkbox"/>
<b>65. EPS anterior</b>	<b>66. Fecha de Novedad</b>	<b>67. Motivo de traslado</b>	<b>68. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Código: <input type="text"/>	<input type="text"/>

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES


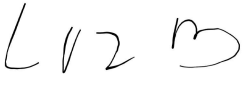
<input type="checkbox"/> 69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
<input type="checkbox"/> 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
<input type="checkbox"/> 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
<input type="checkbox"/> 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud.
<input checked="" type="checkbox"/> 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
<input checked="" type="checkbox"/> 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
<input checked="" type="checkbox"/> 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
<input checked="" type="checkbox"/> 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o celular como mensaje de texto
<input type="checkbox"/> 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes
<input type="checkbox"/> 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según encuesta del Sisbén vigente

## VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

<b>Apellidos y nombres</b>			
Primer apellido		Segundo apellido	
Primer nombre		Segundo nombre	
<b>Tipo documento de Identidad</b>	<b>Número documento de Identidad</b>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

## IX. FIRMAS

	
<b>80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario</b>	<b>81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio</b>

## X. ANEXOS

<input type="checkbox"/> 82. Anexo Copia del documento de identidad: CN <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/>
Cantidad: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Total: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
<input type="checkbox"/> 84. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
<input type="checkbox"/> 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
<input type="checkbox"/> 86. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
<input type="checkbox"/> 87. Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
<input type="checkbox"/> 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
<input type="checkbox"/> 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
<input type="checkbox"/> 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
<input type="checkbox"/> 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

## XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

<b>92. Identificación de la Entidad Territorial</b>	<b>93. Nombre de la Institución</b>
Código del municipio <input type="text"/>	Código del Departamento <input type="text"/>

## XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

<b>94. Apellidos y Nombres</b>			
Primer apellido		Segundo apellido	
Primer nombre		Segundo nombre	
<b>Tipo documento de identidad</b>	<b>Número documento de identidad</b>	<b>95. Firma del funcionario</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>96. Fecha de Radicación</b>	<b>97. Fecha de Validación</b>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Observaciones			

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.



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

En su condición de administradora del  
**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

**CERTIFICA QUE:**

**LUZ ESTELA BUELVAS PUCHE**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **32.766.803**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

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

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.*

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO



SECRETARÍA DE SALUD

RESOLUCIÓN NÚMERO 08 - 02892 DE 2025

(24 de abril de 2025)

“Por medio de la cual se autoriza el ejercicio profesional/ocupacional”

La Subsecretaría de Asesoría y Asistencia en Seguridad Social en Salud

En uso de sus Facultades Legales y en especial las conferidas por el Decreto 1875 del 3 de agosto de 1994, y la Resolución No. 0270 de 2014 expedida por el Secretario de Salud Departamental

CONSIDERANDO

Que **LUZ ESTELA BUELVAS PUCHE**, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 32766803 expedida en Barranquilla - Atlántico, ha solicitado Autorización del Ejercicio Profesional/Ocupacional como **TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN SALUD PUBLICA**, según TÍTULO que le otorgó el **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA**, el día 5 de marzo de 2008, según Acta de Grado N° SGC2008TP00088.

Que, en virtud de lo expuesto,

RESUELVE

**ARTÍCULO ÚNICO:** Autorízase a **LUZ ESTELA BUELVAS PUCHE**, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 32766803 expedida en Barranquilla - Atlántico, para ejercer la Profesión/Ocupación de **TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN SALUD PUBLICA** en todo el Territorio Nacional.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Barranquilla - Atlántico, el día 24 de abril de 2025.

**ROSMERY WEHEDEKING PAEZ**

Subsecretaría de Asesoría y Asistencia en Seguridad Social en Salud

#Elaboró: FManjarres  
Revisó: HMenco  
Revisó: OSierra





## CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

El suscrito(a), LUZ ESTHELA BUELVAS PUCHE identificado(a) con la cédula de ciudadanía número, No. 32.766.803 expedida en Barranquilla Atlántico actuando en nombre propio, manifiesto que conozco las causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con las entidades públicas, de conformidad con lo establecido en la Constitución Nacional, así como en el artículo 8 de la Ley 80 de 1993, adicionado por el artículo 18 de la ley 1150 de 2007, los artículos 1, 2 y 4 de la ley 1474 de 2011 y demás normas concordantes; de las sanciones por trasgresión a las mismas establecidas en los artículos 26 numeral 7 de la ley 80 de 1993, así como los efectos legales consagrados en el artículo 44 numeral 1 de la norma precitada, y declaro bajo la gravedad de juramento que se entiende prestado con la firma del presente documento, que no me encuentro incurso en ninguna de ellas.

Que no me encuentro reportado en el Boletín de responsables Fiscales de la Contraloría General de la República, antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación y antecedentes expedido por parte de la Policía Nacional de Colombia, de conformidad con las certificaciones adjuntas.

Declaro que no soy cónyuge, compañero o compañera permanente, y que tampoco tengo vínculo de parentesco, hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con ninguno de los servidores públicos de los niveles directivo, asesor, ejecutivo, o con persona que ejerza el control interno o fiscal de la actual administración del Municipio de Soledad.

Conforme lo anterior, manifiesto ser el único responsable por los efectos de la presente declaración, y por lo tanto asumo todas las consecuencias jurídicas que ello acarrea, tanto penales, como disciplinarias y fiscales.

Igualmente, manifiesto saber el contenido del artículo 442 del Código Penal, Artículo modificado por el artículo 8 de la Ley 890 de 2004. El que, en actuación judicial o administrativa, bajo la gravedad del juramento ante autoridad competente, falte a la verdad o la calle total o parcialmente, incurrirá en prisión de seis (6) a doce (12) años.

Me permito suscribir el presente documento en mi calidad de contratista en la E.S.E

Soledad, 15 de abril de 2025

Firma: Luz Estela Buelvas P

**C.C 32.766.803**

Nombre: **Luz Estela Buelvas P**





**CERTIFICADO DE INHABILIDADES E  
INCOMPATIBILIDADES**



## FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, **Luz Estela Buelvas Puche** identificado (a) con Cedula de Ciudadanía No. 32.766.803. de Barranquilla – Atlántico, en mi condición de contratista independiente de la E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD, manifiesto que me encuentro actualmente afiliado(a) a la aseguradora de riesgos laborales Positiva y me comprometo a pagar mensualmente a la administradora de riesgos laborales los aportes correspondientes a la suscripción del contrato de prestación de servicio.

Yo, **Luz Estela Buelvas Puche** identificado (a) con C.C. No. 32.766.803 de Barranquilla, en mi condición de contratista independiente de la E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD autorizo realizar mi afiliación y/o traslado a la **ASEGURADORA POSITIVA ARL**

SI  NO

DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Carrera 28 A No 20 -24 Concord Malambo
NUMERO DE TELÉFONO	324.2867319
CORREO ELECTRÓNICO	Cristiandavidbuelvasmendoza85@gmail.com
FONDO DE PENSIÓN	Porvenir
EPS A LA CUAL ESTOY AFILIADO ACTUALMENTE	Salud Total

Firma **Luz Estela Buelvas Puche**

CC 32.766.803

**Solicitamos diligenciar el formato en letra tipo imprenta**

**FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO PROTECCIÓN  
DE DATOS PERSONALES**

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por la **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** de lo siguiente:

1. La **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** actuará como responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Datos Personales de la **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD**.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, la cual consiste en la Contratación por OPS.

3. Es de carácter facultativo o voluntario responder preguntas que versen sobre Datos Sensibles o sobre menores de edad.

4. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales.

5. Los derechos pueden ser ejercidos a través de los canales dispuestos por la **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** y observando la Política de Tratamiento de Datos Personales de la alcaldía.

6. Mediante la página web de la entidad (<https://maternoinfantil.gov.co>), podré radicar cualquier tipo de requerimiento relacionado con el tratamiento de mis datos personales.

7. La **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento. Cualquier cambio será informado y publicado oportunamente en la página web.

8. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** para tratar mis datos personales y tomar mi huella y fotografía de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales la **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD**.

9. La información obtenida para el Tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

Se firma en la ciudad de Soledad, el 15 de ABRIL de 2025

Firma:

Nombre: LUZ ESTHELA BUELVAS PUCHE

Identificación: 32.766.803

