Grupo Empresarial

Terminacion Cont. 20260256 Julio 2/26.

| LISTADE CHEQUEO PERSONA JURIDICA-ASISTENCIAL | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| N° | DOCUMENTOS | FOLIO | CUMPLE | | | RESPONSABLE |
| | | | SI | NO | NO APLICA | |
| | **ETAPA PREPARATORIA** | | | | | |
| 1 | FORMATO INFORMACIÓN GENERAL CONTRATISTA-PERSONA JURIDICA | 1 | | | | CONTRATISTA |
| 2 | GA-FR-045-ESTUDIOS PREVIOS VERSION 8 CON Vobo | 2-14 | | | | SUPERVISOR |
| 3 | SOLICITUD CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL | 15-16 | | | | SUPERVISOR |
| | **ETAPA PRECONTRACTUAL** | | | | | |
| 4 | PANTALLAZO DE QUE SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL SECOP II | 17 | ✓ | | | CONTRATISTA |
| 5 | PROPUESTA | 18-25 | ✓ | | | CONTRATISTA |
| 6 | CARTA DE ACEPTACION (firma Gerente) | 26 | ✓ | | | SUPERVISOR |
| 7 | HOJA DE VIDA ACTUALIZADA EN EL SIGEP II DEL REPRESENTANTE LEGAL | 27-30 | ✓ | | | CONTRATISTA |
| 8 | HOJA DE VIDA DE LA FUNCION PUBLICA DE PERSONA JURIDCA | 31-32 | ✓ | | | VERIFICAR EN EL ULTIMO CONTRATO |
| 9 | FOTOCOPIA DE CEDULA DEL REPRESENTANTE LEGAL AL 150% | 33 | ✓ | | | VERIFICAR EN EL ULTIMO CONTRATO |
| 10 | RUT ACTUALIZADO DEL REPRESENTANTE LEGAL (menor a 3 meses) | 34 | ✓ | | | CONTRATISTA |
| 11 | ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS CONTRALORIA REPRESENTANTE LEGAL (menor a 3 meses) | 35 | ✓ | | | CONSULTAR, VERIFICAR Y ANEXAR POR PARTE DEL SUPERVISOR |
| 12 | ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PROCURADURIA REPRESENTANTE LEGAL (menor a 3 meses) | 36 | ✓ | | | CONSULTAR, VERIFICAR Y ANEXAR POR PARTE DEL SUPERVISOR |
| 13 | ANTECEDENTES JUDICIALES POLICÍA REPRESENTANTE LEGAL (menor a 3 meses) | 37 | ✓ | | | CONSULTAR, VERIFICAR Y ANEXAR POR PARTE DEL SUPERVISOR |
| 14 | RUT DE LA EMPRESA (menor a 3 meses) | 38-42 | ✓ | | | CONTRATISTA |
| 15 | CAMARA Y COMERCIO DE LA EMPRESA ACTUALIZADA (menor a 3 meses) | 43 | ✓ | | | CONTRATISTA |
| 16 | ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS CONTRALORÍA DE LA EMPRESA (menor a 3 meses) | 44 | ✓ | | | CONSULTAR, VERIFICAR Y ANEXAR POR PARTE DEL SUPERVISOR |
| 17 | ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PROCURADURÍA DE LA EMPRESA (menor a 3 meses) | 45 | ✓ | | | CONSULTAR, VERIFICAR Y ANEXAR POR PARTE DEL SUPERVISOR |
| 18 | CERTIFICACIÓN DE APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL DE LOS ÚLTIMOS 6 MESES DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL GERENTE O REVISOR FISCAL (según el caso anexar fotocopia de la cedula, tarjeta profesional y certificado de la junta central de contadores del revisor fiscal) | 46-49 | ✓ | | | CONTRATISTA |
| 19 | FORMULARIO UNICO DECLARACION JURAMENTADA DE **BIENES Y RENTAS Y** CONFLICTO DE INTERESES - PERSONA JURIDICA-DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LA LEY 2013 DE 2019 | 50-53 | ✓ | | | CONTRATISTA |
| 20 | GA-FR-103-FORMATO CONOCIMIENTO CLIENTES PERSONA JURÍDICA (revisado previamente por el área encargada) | 54-56 | ✓ | | | CONTRATISTA/SUPERVISOR |
| 21 | FORMATO INEXISTENCIA DE PERSONAL (firma P.E Talento Humano) | 57 | | | | SUPERVISOR |
| 22 | CERTIFICADO DE IDONEIDAD (firma supervisor) | 58 | ✓ | | | SUPERVISOR |
| 23 | GA-FR-138-ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN (firma representante legal) | 59-60 | ✓ | | | CONTRATISTA |
| 24 | GA-FR-136 AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES (firma representante legal) | 61-62 | ✓ | | | CONTRATISTA |
| 25 | GA-FR-168-FORMATO DECLARACIÓN ANUAL DE INTERESES PARTICULARES (firma representante legal) | 63 | ✓ | | | CONTRATISTA |
| 26 | POLIZA - Responsabilidad medica vigente de la EMPRESA o de cada uno de los especialistas que van a desarrollar el contrato ( Si la vigencia de la poliza esta proxima a vencer es necesario que el contratista realice la renovacion de la misma teniendo en cuenta que tambien es un requisito de la etapa Contractual) | | | | X | VERIFICAR EN EL ULTIMO CONTRATO |

GS-112

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 34 | CERTIFICADO REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAM) CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LA LEY 2097 DE 2021 | 64 | ✓ | | | CONTRATISTA |
| 27 | HOJA DE VIDA DE LAS PERSONAS QUE DESEMPEÑAN LA FUNCION, ANEXANDO LA SIGUIENTE DOCUMENTACION: | | | | | ✓ |
| 27.1 | CERTIFICADOS DE ESTUDIO (títulos y certificaciones de educación formal y no formal, copia del título, diploma o certificado y acta de grado expedida por una institución educativa debidamente reconocida por el estado) | 173-195 | | | | VERIFICAR EN EL ULTIMO CONTRATO |
| 27.2 | CERTIFICADOS DE EXPERIENCIA LABORAL (con funciones y según se indican las especificaciones técnicas de los estudios previos) | 176-191 | ✓ | | | VERIFICAR EN EL ULTIMO CONTRATO |
| 27.3 | SOPORTE VITAL AVANZADO | | | | X | VERIFICAR EN EL ULTIMO CONTRATO |
| 27.4 | CERTIFICADO FORMACIÓN EN SEDACIÓN (médicos generales) | | | | X | VERIFICAR EN EL ULTIMO CONTRATO |
| 27.5 | ENTRENAMIENTO UCI (médico UCI) | | | | X | VERIFICAR EN EL ULTIMO CONTRATO |
| 27.6 | CERTIFICACIÓN EN LA GESTIÓN OPERATIVA DE ÓRGANOS (especialistas UCI) | | | | X | VERIFICAR EN EL ULTIMO CONTRATO |
| 27.7 | TARJETA PROFESIONAL Y CARNETS DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA (médicos y técnicos en imágenes) | | | | X | VERIFICAR EN EL ULTIMO CONTRATO |
| 27.8 | CERTIFICACIÓN DE CURSO - VÍCTIMAS VIOLENCIA (médicos generales y especialistas) | | | | X | VERIFICAR EN EL ULTIMO CONTRATO |
| 27.9 | CERTIFICACIÓN CURSO DE HUMANIZACIÓN EN SALUD (según resolución 0238 del 12-02-2020-HFLL-política de humanización en conjunto con el programa de humanización) | 192-207 | | | | VERIFICAR EN EL ULTIMO CONTRATO |
| 27.10 | ANTECEDENTES PROFESIONALES (vigencia menor a 3 meses) | 208-225 | | | | CONTRATISTA |
| 27.11 | VERIFICACION RETHUS (menor a 1 mes) | | | | X | CONTRATISTA |
| 27.12 | LIBRETA MILITAR Y/O SITUACION MILITAR DEFINIDA | 226 | 234 ✓ | | | VERIFICAR EN EL ULTIMO CONTRATO |
| 27.13 | FOTOCOPIA DE LA CEDULA AL 150% ✓ | 235-250 | | | | VERIFICAR EN EL ULTIMO CONTRATO |
| 27,14 | ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS CONTRALORÍA (vigencia menor a 3 meses) | 251-266 | ✓ | | | CONSULTAR, VERIFICAR Y ANEXAR POR PARTE DEL SUPERVISOR |
| 27,15 | ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PROCURADURÍA (vigencia menor a 3 meses) | 267-282 | ✓ | | | CONSULTAR, VERIFICAR Y ANEXAR POR PARTE DEL SUPERVISOR |
| 27,16 | ANTECEDENTES JUDICIALES POLICÍA (menor a 3 meses) | 283-297 | ✓ | | | CONSULTAR, VERIFICAR Y ANEXAR POR PARTE DEL SUPERVISOR |
| 27,17 | SISTEMA REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS RNM (consultar en https://srvpsi.policia.gov.co/psc/frm_cnp_consulta.aspx) | 299-314 | ✓ | | | CONTRATISTA |
| 27,18 | CARTA - CONCENTIMIENTO PARA VERIFICAR ANTECEDENTES EN EL REGISTRO DE INHABILIDADES POR LA COMISION DELITOS SEXALES DE CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE VA EJECUTAR EL CONTRATO (conforme a lo establecido en la ley 1918 de 2018 y el decreto reglamentario 753 de 2019, revise mis antecedentes en el registro de inhabilidades por la comisión de delitos sexuales contra menores de edad) | 315-330 | | | | CONTRATISTA |
| 27,19 | CERTIFICADO RESULTADO DE LA CONSULTA - DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS (Ley 1918 de 2018: https://inhabilidades.policia.gov.co) | 331-346 | ✓ | | | CONTRATISTA |
| 27,2 | CERTIFICADO VACUNA HEPATITIS (vencimiento 10 años) | 347-374 | | | | VERIFICAR EN EL ULTIMO CONTRATO |
| 27,21 | CERTIFICADO VACUNA TÉTANO (vencimiento 10 años) | 375-404 | ✓ | | | VERIFICAR EN EL ULTIMO CONTRATO |
| 27,22 | CERTIFICADO VACUNA COVID-19 O CARNET VACUNACIÓN | 405-444 | ✓ | | | VERIFICAR EN EL ULTIMO CONTRATO |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 27.23 | ANTICUERPOS HB MAYORES DE 10 UIL (vencimiento 5 años) | | | | X | VERIFICAR EN EL ULTIMO CONTRATO |
| 27.24 | CERTIFICADO VACUNA VARICELA Y/O GA-FR-111 (formato que certifique que la adquirió) | | | | X | VERIFICAR EN EL ULTIMO CONTRATO |
| 27.25 | GA-FR-136 ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN | 445 | 476 | | | CONTRATISTA |
| 27.26 | GA-FR-136 AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES | 477 | 508 | | | CONTRATISTA |
| 27.27 | CERTIFICADO REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAM) CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LA LEY 2097 DE 2021 | 509 | 524 | | | CONTRATISTA |
| 27.27 | SOLICITUD REGISTRO PRESUPUESTAL | 525 | 526 | | | SUPERVISOR |
| | **ETAPA CONTRACTUAL** | | | | | |
| 28 | CONTRATO | | | | | JURIDICA |
| 29 | REGISTRO PRESUPUESTAL | | | | | PRESUPUESTO |
| 30 | PÓLIZAS (cumplimiento-responsabilidad civil extracontractual- responsabilidad medica profesional aprobadas) | | | | | CONTRATISTA |
| 31 | RECIBO PAGO PÓLIZAS | | | | | CONTRATISTA |
| 32 | ESTAMPILLAS (Si aplica) | | | | | CONTRATISTA |
| 33 | CERTIFICADO DE LEGALIZACIÓN | | | | | JURIDICA |
| 34 | ACTA DE INICIO, ACTA MODIFICATORIA (si aplica), INFORMES DE SUPERVISIÓN, ACTAS DE ADICIÓN, PRORROGAS ETC SEGÚN ORDEN CRONOLÓGICO | | | | | SUPERVISOR |
| 35 | GJ-FR-002-ACTA DE TERMINACIÓN Y LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO | | | | | SUPERVISOR |
| | **TOTAL FOLIOS** | | | | | |

**REVISION, AVAL Y ENTREGA DE LOS DOCUMENTOS POR PARTE DEL AREA QUE GENERA LA NECESIDAD**

**ENTREGA**

**1.) EN LA LISTA DE CHEQUEO SE DEBEN INCLUIR LOS FOLIOS PARA CADA DOCUMENTO, EN ORDEN CONSECUTIVO DE CADA UNO DE ELLOS Y EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE.**

**2.) LOS ESTUDIOS PREVIOS DEBEN SER ENVIADOS EN WORD AL CORREO ELECTRONICO estudiosprevios.juridica1@gmail.com CON EL FIN DE INCLUIR LA INFORMACION PLASMADA DE LOS ESTUDIOS PREVIOS, EN LA MINUTA CONTRACTUAL**

**3.) INFORMAR Y ANEXAR DOCUMENTOS EN CASO DE QUE HAYA CAMBIOS DEL PERSONAL QUE INICIALMENTE VAYA A EJECUTAR EL CONTRATO - LA CUAL DEBE ALLEGAR A LA OFICINA JURIDICA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| | [illegible] | Código | [illegible] |
| | | Versión | 1 |
| | FORMATO INFORMACIÓN GENERAL CONTRATISTA - PERSONA JURÍDICA | Página | 1 de 1 |
| | | Fecha | [illegible] |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DE LA EMPRESA/CONTRATISTA | GRUPO EMPRESARIAL TEMPORALES DEL TOLIMA SAS | | NIT | [illegible] | CORREO ELECTRONICO | [illegible] | |
| DIRECCIÓN PRINCIPAL | CRA 3 # 2-54 CF KM 3 (VITE) | | TELEFONO OFICINA | 4156615 | | | |
| CORREO ELECTRONICO EMPRESA/CONTRATISTA | [illegible] | | CERTIFICADO O CAMARA DE COMERCIO NUMERO | | | | |

**INFORMACIÓN REPRESENTANTE LEGAL**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMER NOMBRE | [illegible] | | SEGUNDO NOMBRE | DEL PILAR | | | | | |
| PRIMER APELLIDO | [illegible] | | SEGUNDO APELLIDO | | | | | | |
| FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA) | [illegible] | LUGAR DE NACIMIENTO | LETICIA AMAZONAS | TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD | | CC | # | TT | |
| NUMERO DE DOCUMENTO | 41.[illegible].451 | LUGAR DE EXPEDICIÓN | LETICIA AMAZONAS | CELULAR | | 311[illegible]65 | | TELEFONO | |

ESPACIO PARA DILIGENCIAR POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CONTRATO VIGENTE A LA FECHA DE RADICACION DE DOCUMENTOS | SI | | NO | | | FECHA DE TERMINACION | | | |

LISTADO PERSONAS CONTRATADAS PARA EJECUCION DEL CONTRATO

| NOMBRE COMPLETO | NUMERO DE CEDULA | PROFESION | ESPECIALIDAD | FECHA DE NACIMIENTO | EDAD | SISBE CUANDO PRESTA LOS SERVICIOS | TELEFONO | CORREO ELECTRONICO | EPS | PENSION | ARL | CUANDO SE PAGA ADEUDA MENSUALIDAD APLICA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| [illegible] | [illegible] | CONDUCTOR | ADMINISTRATIVO | [illegible] | [illegible] | | [illegible] | [illegible] | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A | | ARL COLPATRIA | |
| [illegible] | [illegible] | CONSEJERO | AMBULANCIA | [illegible] | [illegible] | | [illegible] | [illegible] | SALUD TOTAL S.A. | PORVENIR SA | ARL COLPATRIA | |
| [illegible] | [illegible] | MENSAJERO | ADMINISTRATIVO | [illegible] | [illegible] | | [illegible] | [illegible] | SALUD TOTAL S.A. | PORVENIR SA | ARL COLPATRIA | |
| [illegible] | [illegible] | MENSAJERO | ADMINISTRATIVO | [illegible] | [illegible] | | [illegible] | [illegible] | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A | PORVENIR SA | ARL COLPATRIA | |
| [illegible] | [illegible] | CONDUCTOR | AMBULANCIA | [illegible] | [illegible] | | [illegible] | [illegible] | SALUD TOTAL S.A. | PROTECCION SA | ARL COLPATRIA | |
| [illegible] | [illegible] | CONDUCTOR | ADMINISTRATIVO | [illegible] | [illegible] | | [illegible] | [illegible] | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A | ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES | ARL COLPATRIA | |
| [illegible] | [illegible] | CONDUCTOR | AMBULANCIA | [illegible] | [illegible] | | [illegible] | [illegible] | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A | ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES | ARL COLPATRIA | |
| [illegible] | [illegible] | CONDUCTOR | AMBULANCIA | [illegible] | [illegible] | | [illegible] | [illegible] | NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A | ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES | ARL COLPATRIA | |
| [illegible] | [illegible] | CONDUCTOR | AMBULANCIA | [illegible] | [illegible] | | [illegible] | [illegible] | SALUD TOTAL S.A. | PROTECCION SA | ARL COLPATRIA | |
| [illegible] | [illegible] | CONSEJERO | ADMINISTRATIVO | [illegible] | [illegible] | | [illegible] | [illegible] | SALUD TOTAL S.A. | ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES | ARL COLPATRIA | |
| [illegible] | [illegible] | CONSEJERO | AMBULANCIA | [illegible] | [illegible] | | [illegible] | [illegible] | SALUD TOTAL S.A. | ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES | ARL COLPATRIA | |
| [illegible] | [illegible] | CONDUCTOR | ADMINISTRATIVO | [illegible] | [illegible] | | [illegible] | [illegible] | NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A | PORVENIR SA | ARL COLPATRIA | |
| [illegible] | [illegible] | CONSEJERO | AMBULANCIA | [illegible] | [illegible] | | [illegible] | [illegible] | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A | ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES | ARL COLPATRIA | |
| [illegible] | [illegible] | CONDUCTOR | ADMINISTRATIVO | [illegible] | [illegible] | | [illegible] | [illegible] | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A | PORVENIR SA | ARL COLPATRIA | |
| [illegible] | [illegible] | CONDUCTOR | AMBULANCIA | [illegible] | [illegible] | | [illegible] | [illegible] | SALUD TOTAL S.A. | ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES | ARL COLPATRIA | |
| [illegible] | [illegible] | CONDUCTOR | ADMINISTRATIVO | [illegible] | [illegible] | | [illegible] | [illegible] | SALUD TOTAL S.A. | PORVENIR SA | ARL COLPATRIA | |

El Hospital Federico I Vera Acuña E.S.E declara que la versión vigente y controlada de este documento solo podrá ser consultada en la INTRANET institucional, toda copia o impresión de este se considera como documento NO CONTROLADO

**PROCESO DE SELECCIÓN DE:**
**CONTRATACIÓN DIRECTA___X__**
**MINIMA CUANTIA: _____**
**MENOR CUANTIA: _____**
**MAYOR CUANTÍA: _____**

| E.S.E. HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA | |
|---|---|
| ESTUDIOS PREVIOS | |
| CAPÍTULO I: DESCRIPCIÓN GENERAL | |
| Fecha de elaboración del Estudios Previos | 01 de julio de 2026 |
| Nombre del funcionario que diligencia el Estudio Previo | Natalia Andrea Quintero Guzmán |
| Dependencia que supervisa la Ejecución del Contrato | Unidad Funcional de Urgencias |
| Dependencia solicitante | Unidad Funcional de Urgencias |
| Tipo de Contrato | Prestación de servicios |
| Presupuesto Oficial | **$ 431.254.192** |
| Rubro del Presupuesto Oficial | 2.1.2.02.02.008.8.3.9.9.0.01 OTROS SERVICIOS PROFESIONALES, TECNICOS Y EMPRESARIALES N.C.P. **$ 218.222.250** 2.4.5.02.08.8.3.9.9.0.01 OTROS SERVICIOS PROFESIONALES, TECNICOS Y EMPRESARIALES N.C.P. **$ 213.031.942** |
| | |
| **Descripción de la Necesidad** | |
| Justificación | El Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué Tolima E.S.E, es la Institución Prestadora de Servicios de Salud pública más grande y de alta complejidad de atención en el Departamento del Tolima; la cual cuenta con dos Sedes de atención Francia y Limonar ofertando diversos servicios para la atención de pacientes hospitalizados, urgencias y consulta externa, cuenta el servicio de hospitalización adultos y cuidados intermedios e intensivos adultos.<br><br>Para tal efecto, el hospital cuenta, en la parte asistencial, con el servicio de transporte asistencial así: una ambulancia de transporte asistencial básico y una de transporte asistencial medicalizado, un vehículo para el traslado de muestras, equipos, insumos y dispositivos requeridos para la atención de los pacientes entre las sedes. En alta complejidad, el traslado entre sedes para procedimientos específicos (ej. una neurocirugía que solo se hace en la sede Francia para un paciente de la sede Limonar o el servicio de hemodinamia se ubica en la sede Limonar) exige conductores que conozcan protocolos de urgencias. Su presencia garantiza que el tiempo de respuesta no se vea afectado. Así mismo, el estándar de talento humano de la Resolución 3100 de 2029 de donde se indica los criterios de habilitación de servicios de salud exige que la ambulancia esté tripulada. Sin el conductor, el recurso (la ambulancia) queda inhabilitado, lo que genera un riesgo legal y de salud pública.<br><br>Para la operatividad del vehículo de apoyo asistencial, se requiere un conductor que garantice el traslado de muestras de laboratorio, biopsias y hemoderivados (sangre) entre las sedes y laboratorios externos. Un retraso o mala manipulación invalida el examen. Así mismo, custodian durante el traslado los medicamentos o insumos faltantes en una sede con el propósito de que lleguen a tiempo para la atención de los pacientes en los servicios de urgencias y hospitalización y para la realización de las franjas quirúrgicas programadas o de urgencias. Otras de |

las acciones vitales que realizan es que facilitan el traslado de equipos biomédicos que requieren calibración o mantenimiento preventivo en talleres centrales, asegurando que la tecnología médica siempre esté disponible.

Respecto a la necesidad del conductor para la unidad móvil de captación de donantes de hemoderivados, el hospital cuenta con banco de sangre avalado por el INVIMA, el cual, permite contar con hemoderivados de manera permanente y oportuna en la atención integral de los usuarios que requieren trasfusiones y con el fin de promover, educar y facilitar la donación de sangre en la comunidad Tolimense, el Banco de sangre, adquirió una unidad móvil de captación de sangre dotada de la más moderna tecnología y sigue todos los lineamientos de calidad, seguridad, confort y privacidad, tanto para los donantes como para el personal de salud que la atiende, con lo cual se requiere de la contratación para su manejo y conducción a las diferentes actividades extramurales que se ejecutan en las jornadas de donación voluntaria de sangre.

En el área administrativa, cuenta con cuatro vehículos para la ejecución de tareas administrativas relacionada con traslado de insumos de almacén a las diferentes áreas, traslados de funcionarios de la gerencia y subgerencia científica y adicionalmente servicio de mensajería que brindan apoyo logístico o complementario a las labores de los servicios de la sede Francia y sede Limonar.

El desarrollo de las actividades de los conductores de administrativos es fundamental para la operatividad de la institución. Este personal son el brazo logístico para trámites internos entre las áreas y externos ante secretarías de salud, juzgados (por tutelas urgentes) y otras entidades regulatorias que aún requieren presencia física y entrega de documentos originales.

A pesar de la digitalización, muchos contratos con proveedores de insumos médicos y convenios con entes territoriales requieren firmas manuscritas, sellos notariales y entrega de pólizas físicas originales. El mensajero garantiza que estos documentos lleguen a tiempo para la reserva presupuestal, evitando retrasos en la compra de suministros vitales. A esto se le suma que, para que el área de presupuesto pueda ejecutar el gasto, las facturas físicas de proveedores que llegan a una sede deben ser trasladadas y radicadas formalmente en la sede administrativa central para su respectiva auditoría.

Otras acciones que llevan al cabo es el traslado seguro de personal de tesorería para gestiones bancarias presenciales (consignaciones de copagos recaudados en las sedes, retiro de chequeras o trámites de firmas autorizadas) y Ante visitas de entes de control (Superintendencia de Salud o DIAN), el personal de apoyo facilita el movimiento inmediato de carpetas de activos fijos e historias laborales entre el archivo central y las oficinas de auditoría.

Aunque exista la historia clínica digital, la mensajería es vital para el traslado de consentimientos informados originales, soportes de facturación para las EPS y documentos legales que requieren firma física para el proceso de cobro y cartera del hospital.

La ausencia de cualquiera de estos perfiles desarticula la operación: sin conductores no hay traslado de paciente resultados de laboratorio ni medicamentos; sin mensajeros y apoyo administrativo se rompe la coordinación entre sedes. Son el soporte logístico que permite que el personal médico se concentre exclusivamente en salvar vidas.

| | |
|---|---|
| | Así las cosas, se requiere contratar con persona jurídica el servicio de talento humano para labores de conducción de vehículos asistenciales y administrativos y el desarrollo de actividades logísticas y operativas entre sedes y las demás asignadas para el cumplimiento de las labores misionales y transversales del hospital. |
| **Descripción y Especificaciones del objeto a contratar** | |
| **Objeto del Contrato** | CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE CONDUCCION DE VEHICULOS DE TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO Y MEDICALIZADO, UNIDAD MOVIL DEL BANCO DE SANGRE, TRANSPORTE ADMINISTRATIVO Y DE APOYO LOGISTICO QUE REQUIEREN DISTINTAS AREAS DE LA INSTITUCION EN LAS SEDES FRANCIA Y LIMONAR. PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES LOGÍSTICAS-OPERATIVAS INTERNAS Y EXTERNAS DEL HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ TOLIMA ESE. |

| **Identificador con el clasificador de bienes y servicios** | | |
|---|---|---|
| Segmento | 80 | Servicios de gestión, servicios profesionales de empresa y servicios administrativos |
| Familia | 11 | Servicios de recursos humanos |
| Clase | 16 | Servicios de persona temporal |
| Producto | 12 | Conductores temporales |

| | |
|---|---|
| **Especificaciones Técnicas** | Las siguientes son las especificaciones técnicas mínimas requeridas por la E.S.E. HOSPITAL FEDERICO LLERAS, las cuales son de obligatorio cumplimiento:<br><br>Tener disponibilidad de conductores para todo el parque automotor del Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E, así como de mensajeros con motocicleta, acorde con los tiempos requeridos en la prestación del servicio para las áreas asistenciales y administrativas y con el cumplimiento de los tiempos proyectados en los cuadros de asistencia a cada una de las dependencias en donde se desarrolla el objeto del presente contrato y según las necesidades que se reporten por los supervisores del contrato.<br><br>En cumplimiento de norma legal vigente que en esta materia rige para el servicio de transporte asistencial –estándar de talento humano, para las ambulancias terrestres los conductores deben contar con licencia para la conducción del respectivo vehículo, expedida por autoridad competente y adicionalmente contar con constancia de asistencia en las acciones de formación continua en primeros auxilios o de primer respondiente. Resolución 3100 de 2019- 11.6.2 Servicio de Transporte Asistencial.<br><br>Así mismo, Los conductores deben contar con teléfono celular y estar debidamente identificados y cametizados por la empresa, deberán portar uniforme aportado por la empresa y quienes se encuentren tripulando ambulancias deberán portar uniformes acordes con las actividades asistenciales de transporte de pacientes y contener los diferentes logos que los identifiquen como personal de misión médica.<br><br>Los conductores para vehículos administrativos y asistenciales deberán contar con licencia de conducción de categoría B1 o C1 o C2, dependiendo del vehículo a tripular<br><br>Los conductores de motocicletas deberán contar con licencia de conducción de categoría A2 |

| | |
|---|---|
| | Dando cumplimiento al decreto 1978 de 01 de diciembre de 2022 por medio del cual el Departamento del Tolima adopta el manual de Misión Medica de la Resolución 4481 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección social, con lo cual todos los conductores de ambulancias, deben certificar la realización del CURSO DE MISION MEDICA con entidades certificadas y avaladas por el Ministerio de Salud y/o la secretaria de Salud Departamental.<br><br>Los conductores contratados no deberán tener pendientes contravenciones de tránsito que les impida cumplir con las funciones de tránsito en el territorio nacional.<br><br>Acorde con las políticas institucionales del HOSPITAL, todos los conductores deben contar con certificado del curso de HUMANIZACION DE SERVICIOS DE SALUD, con entidades que acrediten contar con educación No Formal.<br><br>De acuerdo con la LEY 1831 DE 2 de mayo de 2017 por medio del cual se regula el uso de DEA en el transporte asistencial y demás lugares de alta afluencia, en su artículo 4° define que todo el personal de apoyo de transporte asistencial debe tener entrenamiento para el uso del Desfibrilador Externo Automático, con lo cual todos los conductores asignados al transporte asistencial deberán acreditar el certificado de RCP básico o curso de entrenamiento en el uso del DEA con fecha mínima de 2 años de vigencia.<br><br>Deben garantizarse los diferentes controles de salud ocupacional de los conductores, ejecutados por la empresa, así como los controles programados y no programados, para el control de alcoholimetría y alcoholemia de los mismos en el ejercicio de sus funciones, con reporte de los resultados de manera mensual.<br><br>El contratista deberá soportar los certificados o documentos de formación continua a los conductores en las diferentes actividades de salvamento, primer respondiente, primeros auxilios, cursos viales, mecánica básica, etc, que les permita desempeñarse de manera competitiva y optima en el ejercicio de las obligaciones contractuales.<br><br>Asignación de supervisores por parte de la empresa, que permitan el seguimiento de las actividades y obligaciones contractuales, de tal manera que se pueda generar una dinámica de comunicación permanente en la adecuada prestación del servicio entre dichos supervisores y los supervisores del contratante.<br><br>Contar con esquemas completos de vacunación para Hepatitis B y toxoide tetánico, así como títulos de anticuerpos de hepatitis B, en especial para los conductores que tengan a cargo las actividades de transporte de muestras de patología y de laboratorio clínico.<br><br>Para los servicios de mensajería, contar con vehículos tipo motocicleta que permita realizar los trámites y las actividades que se requieran. (los costos de mantenimiento y combustible de dichos vehículos son asumidos por el contratista) |
| **Plazo del Contrato** | Cinco (5) meses contados a partir de la suscripción del acta de inicio previo cumplimiento de los requisitos de ejecución del contrato. |
| **Lugar de Ejecución del Contrato** | Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué E.S.E. |
| **Forma de Pago** | La Entidad Estatal CONTRATANTE, pagará el valor de presente contrato de la siguiente manera:<br><br>El pago se acordará de acuerdo a las horas realizadas en las diferentes áreas, determinadas por lo siguiente: |

La jornada laboral se establece conforme a la legislación laboral vigente.

- Jornada ordinaria: 44 horas semanales hasta el 15 de julio de 2026
- Jornada ordinaria: 42 horas semanales después del 15 de julio de 2026
- Distribución: lunes a sábado. Horario: 6:00 a.m. a 7:00 p.m.

Los recargos se liquidan con base en el salario básico según jornada laboral y el valor de la hora ordinaria de cada trabajador:

| | HASTA 30 JUNIO 2026 | DESDE 01 JULIO 2025 | |
|---|---|---|---|
| **CONCEPTO** | **PORCENTAJE** | **PORCENTAJE** | **HORARIO** |
| **Recargo nocturno** | 35% | 35% | 7:00 p.m. a 6:00 a.m. |
| **Recargo dominical/festivo diurno** | 80% | 90% | 6:00 a.m. a 7:00 p.m. |
| **Recargo dominical/festivo nocturno** | 115% | 125% | 7:00 p.m. a 6:00 a.m. |

| | HASTA 30 JUNIO 2026 | DESDE 01 JULIO 2025 | |
|---|---|---|---|
| **CONCEPTO** | **PORCENTAJE** | **PORCENTAJE** | **HORARIO** |
| **Hora extra diurna** | 125% | 125% | HORA ADICIONAL ENTRE 6:00 AM -7:00PM |
| **Hora extra nocturna** | 175% | 175% | HORA ADICIONAL NOC ENTRE 7:00PM - 6:00AM |
| **Hora extra dominical/festiva diurna** | 205% | 215% | HORA ADICIONAL DOMINICAL O FESTIVA ENTRE 6:00AM -7:00PM |
| **Hora extra dominical/festiva nocturna** | 255% | 265% | HORA ADICIONAL NOC DOMINICAL O FESTIVA ENTRE 7:00PM-6:00AM |

Adicionalmente, se reconoce una Administración, Imprevistos y Utilidades, AIU del 13% mensualmente y el IVA del 19% sobre el AIU.

Para el pago, el CONTRATISTA deberá aportar la siguiente documentación:

1. Informe de Producción (reporte de actividades realizadas durante el mes: relación de turnos realizados durante el mes. Informe de las actividades realizadas conforme a lo establecido en las obligaciones del contrato)
2. Certificado de paz y salvo de pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscales del correspondiente periodo.
3. Informes de supervisión.
4. Acta de Inicio. (Primera Cuenta).
5. Afiliación ARL. (Primera Cuenta)

6. Certificación expedida por el supervisor del contrato, en donde conste el cumplimiento a cabalidad del objeto de la presente invitación.
7. Factura de acuerdo a las normas tributarias.

**PARAGRAFO 1:** El valor del contrato se cancelará dentro de los sesenta (60) días contados a partir de la radicación de la factura

**PARAGRAFO 2:** En los contratos celebrados por parte del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué Tolima Empresa Social del Estado, en caso de mora en el pago, esta se generará a partir de la solicitud que realice el contratista a la entidad y se cancelará solo un interés de mora del 0.1%

**PARAGRAFO 3:** El contratista deberá cumplir con las condiciones señaladas en la forma de pago.

**PARAGRAFO 4:** Por ningún motivo el contratista podrá presentar más de dos cobros o facturas, en un mismo mes.

**PARAGRAFO 5:** La factura deberá ser radicada según cronograma de la entidad.

**VALOR ESTIMADO DEL CONTRATO Y ANALISIS ECONOMICO JUSTIFICADO**

**El valor Estimado para la presente contratación es de:**

Cuatrocientos treinta y un millones doscientos cincuenta y cuatro mil ciento noventa y dos pesos MC ( $ 431.254.192)

La proyección del presupuesto del contrato se realiza con lo determinado en el Decreto 1469 de 2025 y el Decreto 1470 de 2025 donde se fija el salario mínimo legal vigente y el auxilio de transporte y la propuesta económica del proveedor, incluido el AIU del 13% y el IVA del 19% sobre el AIU.

| | Administrativos | Asistencial | Total |
|---|---|---|---|
| BASE | $ 37.797.220 | $ 36.898.232 | $ 74.695.452 |
| AIU 13% | $ 4.913.639 | $ 4.796.770 | $ 9.710.409 |
| IVA 19% | $ 933.591 | $ 911.386 | $ 1.844.978 |
| **Total, mes** | **$ 43.644.450** | **$ 42.606.388** | **$ 86.250.838** |
| **Total, contrato** | **$ 218.222.250** | **$ 213.031.942** | **$ 431.254.192** |

Debido a que se ejecutaran actividades asistenciales y administrativas, se afectara los siguientes rubros:

| CODIGO DEL RUBRO PRESUPUESTAL | NOMBRE DEL RUBRO PRESUPUESTAL | VALOR CDP X RUBRO |
|---|---|---|
| 2.1.2.02.02.008.8.3.9.9.0.01 | OTROS SERVICIOS PROFESIONALES, TECNICOS Y EMPRESARIALES N.C.P. | $ 218.222.250 |
| 2.4.5.02.08.8.3.9.9.0.01 | OTROS SERVICIOS PROFESIONALES, TECNICOS Y EMPRESARIALES N.C.P. | $ 213.031.942 |
| **TOTAL** | | **$ 431.254.192** |

## ESTUDIO DE MERCADO

Para efectos del cálculo del presupuesto se realizó el análisis económico del valor estimado del contrato, basándose en los contratos celebrados y ejecutados en la vigencia 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025 y 2026 por el Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E. con las mismas características y ejecución de actividades y obligaciones, a continuación de relaciona información de los mismo para efectos de soportar el estudio:

| Contrato | Tiempo ejecución | Valor del contrato |
|---|---|---|
| 2020 - 0571 | 10 meses | $ 195.632.000 |
| 2021 - 0049 | 10 meses | $ 293.748.000 |
| 2022 - 0074 | 6 meses | $ 190.396.524 |
| 2022 - 0520 | 5 meses | $ 158.663.770 |
| 2023 - 0188 | 9 meses | $ 311.298.309 |
| 2024 - 0060 | 8 meses | $ 457.483.336 |
| 2024 - 055 | 4 meses | $ 246.680.326 |
| 2025 - 0168 | 5 meses | $ 312.477.740 |
| 2026 - 0256 | 4 meses | $ 305.206.704 |

Que, de acuerdo a la tabla relacionada se puede evidenciar que el perfil requerido para el presente contrato, viene siendo contratado por el Hospital Federico Lleras Acosta por un valor equivalente al asignado en este estudio previo.

## GARANTIAS DEL CONTRATO:

| | Tipo o Clase de Garantía | Cobertura o Niveles de Amparo | Valores | Vigencia |
|---|---|---|---|---|
| GARANTIAS DEL CONTRATO | Cumplimiento del contrato: | Para precaver los perjuicios que se deriven del incumplimiento de las obligaciones contractuales incluidas las multas y la cláusula penal que se pacten en el contrato. | El valor de esta garantía debe ser de por lo menos el diez por ciento (10%) del valor del contrato | La garantía de cumplimiento del contrato debe tener una vigencia mínima hasta la liquidación del contrato (4 meses más al término del contrato). |
| | De pago de salarios, prestaciones sociales e indemnización | cubrir a la entidad pública asegurada de los perjuicios que se le ocasionen como consecuencia del incumplimiento de las obligaciones laborales del contratista garantizado, frente al personal requerido para la ejecución del contrato amparado. | Su cuantía será de por lo menos el Cinco por ciento (5%) del valor del contrato. | plazo total del contrato y tres (3) años más. |
| | Responsabilidad civil Extracontractual | para asegurar el pago de los perjuicios que el contratista ocasione a terceros por razón de la ejecución del contrato su cuantía se establecerá | su cuantía será el equivalente a DOSCIENTOS SALARIOS MENSUALES MINIMO LEGALES VIGENTES (200 SMMLV) | La vigencia de esta garantía deberá ser igual al período de ejecución del contrato. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Calidad y correcta prestación del servicio | Para precaver los perjuicios que se deriven de la falta de calidad en la ejecución de las actividades que se demuestren durante la ejecución del contrato o incluso después de este | Su cuantía no será inferior al treinta por ciento (30%) del contrato | Vigencia durante el plazo del contrato y doce (12) meses más contados a partir del término del contrato |

**Obligaciones del Contratista**

**OBLIGACIONES GENERALES:**

1. Suscribir oportunamente el acta de inicio y el acta de liquidación del contrato, conjuntamente con el/la supervisor/a del mismo, cuando corresponda.
2. Entregar al supervisor los documentos elaborados en cumplimiento de las obligaciones contractuales, así como los informes y archivos a su cargo, requeridos sobre las actividades realizadas durante la ejecución del mismo (Cuando aplique).
3. Mantener estricta reserva y confidencialidad sobre la información que conozca por causa o con ocasión del contrato, así como, respetar la titularidad de los derechos de autor, en relación con los documentos, obras, creaciones que se desarrollen en ejecución del contrato.
4. Realizar el pago de los aportes al régimen de seguridad social, en proporción al valor mensual del contrato, y entregar copia de la planilla correspondiente al supervisor del contrato para cada pago para personas naturales. Cuando se trate de personas jurídicas. Entregar para cada pago, la certificación suscrita por el representante legal o revisor fiscal, que acredite el cumplimiento del pago de aportes al sistema de seguridad social integral, parafiscales, ICBF, SENA y cajas de compensación familiar de los últimos seis (6) meses, de conformidad con el articulo50 de la Ley 789 de 2002 o aquella que lo modifique, adicione o complemente.
5. Realizar el cargue de los documentos requeridos en la plataforma del SECOP II, respecto a la información de póliza, estampillas, documento equivalente y/o factura, informes de ejecución y terminación del contrato.
6. El objeto contractual deberá ejecutarse de conformidad con las finalidades y los principios de economía y transparencia, consagrados en la Ley 80 de 1993 y los postulados de la función administrativa consagrados en el artículo 209 de la Constitución Política. En desarrollo del objeto contractual el contratista se obliga a cumplir a cabalidad con las actividades que se describen en el contrato.
7. El contratista deberá tener en cuenta que las actividades descritas en su propuesta se prestarán bajo su exclusiva responsabilidad y en consecuencia, deberá suministrar todos los recursos e implementos tendientes a lograr la adecuada, suficiente y eficiente prestación del servicio que se solicita.
8. Acatar la Constitución Política, la Ley, las normas legales y procedimentales establecidas por el Gobierno Nacional y municipal y demás normas pertinentes.
9. Responder por el pago de los tributos, tasas o contribuciones (estampillas) que se causen o llegaren a causarse por la celebración, ejecución y liquidación del contrato, cuando a esta hubiere lugar.
10. Reportar al funcionario encargado del control y supervisión de la ejecución del contrato, de manera inmediata cualquier novedad o anomalía que se presente.
11. Mantener a la Entidad libre de cualquier daño o perjuicio originado en reclamaciones de terceros y que se deriven de sus actuaciones o de las de sus subcontratistas o dependientes (si fueren autorizados). En consecuencia, EL CONTRATISTA mantendrá indemne a la Entidad contra todo reclamo, demanda, acción legal y costo

que pueda causarse o surgir por daños o lesiones a personas o propiedades de terceros incluido el personal de la Entidad, ocasionados por EL CONTRATISTA o por sus subcontratistas o dependientes (si fueren autorizados) en la ejecución del objeto y las obligaciones contractuales.

12. Presentar la factura o cuenta de cobro de conformidad con la forma de pago estipulada en el contrato, junto con el informe de las actividades realizadas para cada pago.
13. Tratar con amabilidad a los demás colaboradores internos y externos de la Entidad, y actuar con responsabilidad, eficiencia y transparencia.
14. Cumplir con las políticas y normas de Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo establecidas en el Decreto 1072 de 2015 y demás normatividad legal vigente.
15. Mantener actualizadas las vigencias y el monto de los amparos de las garantías expedidas con ocasión de la suscripción del Contrato, acorde con lo indicado en el ítem de GARANTÍAS, teniendo en consideración el plazo de ejecución, valor, modificaciones en valor y/o plazo, suspensiones, etc., que afecten su vigencia o monto cuando haya lugar.
16. El contratista se compromete a responder por todos y cada uno de los insumos, suministros, herramientas, dotación, implementación, inventarios y/o materiales que le sean puestos a su disposición para la prestación de servicios realizados, por lo que los mismos quedaran a cargo del coordinador, administrador o contratista y este responderá con ellos, autorizando que el valor del mismo sea descontado automáticamente de los honorarios pactados en caso de pérdida o extravío injustificado, de acuerdo con el deber de cuidado y diligencia inmerso en el contrato.

**OBLIGACIONES ESPECIFICAS**

1. A continuación, se relaciona las horas requeridas en las diferentes áreas:

| Area | | Supervisor | Perfil | Horario requerido | Horas mes | Total, horas áreas |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Administrativos** | Gestión documental | Adrián Augusto López Torres | Mensajero | De lunes a viernes 7:00 m a 12:00 m y de 2:00 pm a 5:00 pm. | 210 | **1572** |
| | | | Mensajero | De lunes a viernes 7:00 m a 3:30 pm. | 210 | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Logística | Juan Edgar Romero | Apoyo administrativo transporte de muestras, medicamentos, insumos y dispositivos entre sedes | De lunes a domingo 24 horas | 732 | |
| | | | | Apoyo en traslados entre sedes y gestiones externas | De lunes a jueves de 7:00 am a 12:00 m y de 2:00 pm a 5:30 pm y viernes de 7:00 am a 12:00 m y de 2:00 pm a 5:00 pm | 210 | |
| | | Unidad móvil banco de sangre | Blanca Vasquez Sánchez | Conductor unidad móvil de banco de sangre | De lunes a sábado de acuerdo a la programación mensual del banco de sangre.<br>4 actividades extramurales municipales mensuales | 210 | |
| | **Asistenciales** | Ambulancias | Natalia Andrea Quintero Guzman | Conductor de ambulancia | De lunes a domingo 24 horas, dos ambulancias y una ambulancia de lunes a domingo 12 horas día | 1830 | **1830** |

Asi mismo, se debe garantizar los conductores de los vehiculos administrativos de la gerencia y subgerencia que los horarios están sujetos a la agenda de ambas dependencias. Estos

conductores son supervisados por el líder de Logística el profesional universitario Juan Edgar Romero.

**OBLIGACIONES TRANSPORTE ASISTENCIAL EN AMBULANCIAS.**

1. Responder por el inventario de los equipos y elementos asignados por la Institución para el cumplimiento del objeto de contrato
2. Diligenciar el libro bitácora de transporte de ambulancia cada vez que transporte un paciente.
3. Reportar las novedades presentadas durante el traslado de paciente en ambulancia o durante los traslados asignados.
4. Reportar al centro regulador todas las salidas que realice la ambulancia de la Institución, ya que esta dependencia es la única que autorizar el egreso de la ambulancia de la institución.
5. Todos los aspectos de mecánica de los vehículos deben ser notificados al supervisor del contralo para que se gestione con el área encargada del Hospital lo pertinente.
6. Cumplir con los horarios asignados por la empresa para desarrollar las labores con la tripulación
7. Manejar el equipo de radiocomunicaciones ubicado en las ambulancias.
8. Colaborar con el auxiliar de enfermería asignado a la ambulancia en el ascenso y descenso del paciente a la ambulancia y realizar acompañamiento de la tripulación a los diferentes servicios de la institución, para velar por garantizar condiciones mínimas de aseguramiento del paciente y los equipos biomédicos que se usan en el traslado.
9. Conducir el vehículo que le sea asignado y velar por el buen funcionamiento.
10. Reportar a referencia las novedades presentadas durante el traslado.
11. Las directrices del manejo del carro serán dadas por el encargado de la dependencia de Recursos Físicos.
12. Efectuar el transporte de pacientes indicados por el médico de turno, según la organización de la red de urgencia local o departamental tener disponibilidad de viajar fuera de la ciudad.
13. Mantener el aseo y cuidado de la ambulancia y de su equipamiento hacer el lavado y desinfección diaria, semanal y mensual.
14. Velar e informar permanentemente los niveles de combustible para realizar la autorización de tanqueo mediante los procedimientos que tiene el Hospital para generar los respectivos avales.
15. Participar en las actividades de capacitación a las que se le convoque.
16. Deben reportarse de forma presencial en la oficina de referencia 10 min antes de iniciar labores para darle tiempo a los inventarios, lavado de manos y demás verificaciones el mismo por el radio de telecomunicaciones para la coordinación de la tripulación.
17. Vigilar la dotación de material del vehículo, encargándose de colocar las existencias, reponer el material de oxígeno y verificar el inventario y tenerlo en las carpetas ordenadamente.
18. En situaciones de emergencia realizar labores de atención sanitaria básica en concordancia a la aplicación de las competencias adquiridas en los primeros auxilios y el uso del DEA.
19. Mantener el libro de novedades del conductor y llevar hoja de ruta (bitácora) de las

salidas del vehiculo y por radio de telecomunicaciones.

20. Responder por los comparendos o infracciones que sean impuestas por los agentes de tránsito por comer alguna falta que sea ajena a la institución.
21. Realizar apoyo de traslado logistico de paquetes y/o documentos que sean requeridos entre las sedes, para su entrega en los servicios direccionados, teniendo en cuenta que serán elementos livianos que pueden ser transportados en la cabina del conductor.
22. Garantizar que los vehiculos tipo ambulancia se usaran exclusivamente para la atención de pacientes y traslado de tripulaciones que tengan programada una actividad por la coordinación del centro regulador, quedando prohibido el uso del transporte a actividades personales o a terceros.
23. Todas las demás que el coordinador del área funcional de cada área o quien ejerza la supervisión del contrato determine
24. Preparar y presentar los informes acordados con el supervisor del contrato.
25. El contratista aportará utilizará y portará todos los elementos de bioseguridad que requiera para el desarrollo de las actividades, asi mismo propender por el auto cuidado de su salud y de las personas con quienes se relacione en desarrollo de sus actividades.
26. Contar con la disponibilidad permanente para la operación de las 2 ambulancias del Hospital, durante los turnos diurnos y nocturnos solicitados por el supervisor, como minimo 3 turnos de 12 horas diurnos y 2 turnos nocturnos, durante todo el mes, con previa programación y verificación de los requisitos de cumplimiento de los conductores que sean asignados.

**OBLIGACIONES TRANSPORTE EN UNIDAD MOVIL DEL BANCO DE SANGRE**

1. Cumplir con los horarios asignados para desarrollar las labores.
2. Responder por el inventario de los equipos y elementos asignados por la Institución
3. Utilizar las medidas de bioseguridad durante el traslado de las muestras
4. Mantener el carro de transporte en perfecto estado de aseo y limpieza.
5. Diligenciar el libro de muestras de los servicios con hora de ronda asi no haya muestras para transportar
6. Diligenciar el libro de recepción de muestras de laboratorio y banco de sangre según sea el requerimiento
7. Es prioridad el traslado de muestras y hemoderivados asi se encuentren fuera del horario de las rondas o de otras actividades designadas por otras áreas de la institución
8. Velar por la seguridad de las encomiendas durante su traslado.
9. Informar oportunamente la necesidad de combustible o mantenimiento mecánico del vehiculo que conduce.
10. Responder oportunamente los requerimientos de los servicios en cuanto a solicitud de hemoderivados, tubos o medios de cultivo que no se cuente en el servicio a través del medio de comunicación institucional con los supervisores asignados.
11. El vehiculo es un bien público por ende debe ser usado exclusivamente para el objeto del contrato
12. Dejar el registro escrito en un libro sobre las novedades presentadas al cambiar el turno
13. Transporte de los elementos necesarios para la realización de las Campaña extramuros de donación voluntaria de sangre.

14. Transporte del personal que labora en el Banco de Sangre, equipos, documentos, etc.
15. Cumplir con las Normas Institucionales y las actividades del servicio.
16. Custodiar los equipos, materiales, correspondencia, insumos y unidades de sangre que transporte.
17. Cumplir con los procedimientos impartidos a fin de conservar la cadena de frio de la sangre y sus componentes.
18. Como quiera que el Hospital requiere realizar campañas extramuros de donación voluntaria de sangre, el contratista deberá, para las fechas que se programen, prestar sus servicios en el lugar previamente programado, cumpliendo en todo momento con la normatividad vigente, los procesos y protocolos establecidos.
19. Trabajar en forma conjunta con el personal de las Campañas extramuros de donación de sangre en las operaciones de logística que son necesarias en las actividades extramuros
20. Preparar y presentar los informes acordados con el supervisor del contrato.
21. El contratista aportará utilizará y portará todos los elementos de bioseguridad que requiera para el desarrollo de las actividades, así mismo propender por el auto cuidado de su salud y de las personas con quienes se relacione en desarrollo de sus actividades.
22. Brindar debida respuesta a los requerimientos efectuados por los entes de control, por entidades y/o personas que así lo soliciten.
23. Disponer de un conductor para asistir a las campañas programadas de manera semanal, contando con un horario diurno de mínimo 12 horas diarias de lunes a sábado incluyendo la asistencia de mayor tiempo cuando la campaña se desarrolle fuera del municipio de Ibagué, en caso de no reportarse campañas o salidas programadas, se realizara la notificación para la disponibilidad del conductor en otras actividades afines al contrato y que se puedan ejecutar en otras unidades de transporte con las que cuenta el Hospital.

**OBLIGACIONES SERVICIO DE MENSAJERIA**

1. Contar con dos mensajeros cada uno con vehículo tipo motocicleta, con los documentos vigentes; licencia de conducción, certificado de revisión técnico mecánica, certificado de seguro obligatorio SOAT.
2. Los vehículos tipo moto deberán contar con elementos para el almacenamiento durante el traslado de los paquetes que son entregados par las áreas (acorde con las normas de tránsito) para que se aseguren los elementos entregados y se evite la carga en otras áreas de la motocicleta que puedan impedir la conducción libre del vehículo.
3. El contratista dotará al personal, con el vestido y calzado de labor conforme a la ley, necesario para el cumplimiento de las labores del objeto contractual.
4. El personal tendrá disponibilidad telefónica para atender cualquier requerimiento y necesidad entre sedes.
5. El personal seleccionado deberá ser idóneo y calificado, reuniendo las condiciones personales óptimas y características humanas sobresalientes, en cuanto a relaciones interpersonales, responsabilidad, seriedad, presentación personal, capacidad de manejo.
6. El contratista por su cuenta, garantizará que cada trabajador empleado, porte de manera visible y de carácter obligatorio el carné, que contenga como mínimo: una

fotografía reciente, nombre del mensajero, el número la cédula de ciudadanía, el RH, el nombre de la entidad contratista acompañado de la firma de su representante legal.

7. Recoger correspondencia interna en las áreas que se le indiquen.
8. Envío y entrega de documentos entre sedes.
9. Radicar los documentos en las entidades que se le asignen.
10. Autenticación de documentos en las notarías donde se requiera el servicio.
11. Traslado de muestras de laboratorio, garantizando el protocolo de traslado de las mismas
12. Realizar las actividades de envío de documentos, muestras, medicamentos e insumos de la farmacia donde se requieran en el perímetro de la ciudad.
13. Garantizar el buen estado de funcionamiento y aseo el vehículo (motocicleta), puesto a disposición del hospital.
14. Las demás relacionadas con el servicio e indicadas por el supervisor del contrato
15. Es de resaltar que para el desarrollo de las actividades el personal se acoge al horario establecido por la institución en cada una de las áreas y de respetar sus políticas internas.
16. Disponer de dos (2) conductores con motocicletas para que realicen durante las jornadas de horarios administrativos de las diferentes áreas y servicios con carga asistencial y con requerimientos de mensajería, estableciendo horarios con el supervisor y que permitan la atención de dos unidades de mensajería para cubrir las dos sedes, en horarios a convenir pero que puedan cubrir las jornadas desde las 7 am hasta las 6 pm de lunes a viernes y sábados de 7 a 1 pm.

**OBLIGACIONES CONDUCCION DE LOS VEHICULOS DE AREAS DIRECTIVAS/ADMINISTRATIVAS - LOGISTICAS Y DEL TRANSPORTE PARA LAS UNIDADES ASISTENCIALES SEDE LIMONAR**

1. Cumplir con los horarios asignados para desarrollar las labores.
2. Responder por el inventario de los equipos y elementos asignados por la Institución
3. Utilizar las medidas de bioseguridad durante el traslado de las muestras
4. Mantener el carro de transporte en perfecto estado de aseo y limpieza.
5. Realizar las rondas estipuladas en los servicios asistenciales
6. Diligenciar el libro de muestras de los servicios con hora de ronda así no haya muestras para transportar
7. Diligenciar el libro de recepción de muestras de laboratorio y banco de sangre según sea el requerimiento
8. Es prioridad el traslado de muestras y hemoderivados así se encuentren fuera del horario de las rondas o de otras actividades designadas por otras áreas de la institución
9. Velar por la seguridad de las encomiendas durante su traslado.
10. Conducir el vehículo que le sea asignado y velar por el buen funcionamiento, informando al supervisor las novedades mecánicas o eventos que sucedan en la integridad y operatividad de los mismos. e Informar oportunamente la necesidad de combustible
11. Responder oportunamente los requerimientos de los servicios en cuanto a solicitud de hemoderivados, tubos o medios de cultivo que no se cuente en el servicio a través del medio de comunicación institucional con los supervisores asignados.
12. El vehículo es un bien público por ende debe ser usado exclusivamente para el objeto

| | |
|---|---|
| | del contrato<br>13. Dejar el registro escrito en un libro sobre las novedades presentadas al cambiar el turno<br>14. Transporte de los elementos necesarios para la realización de las Campaña extramuros de donación voluntaria de sangre.<br>15. Cumplir con las Normas Institucionales y las actividades del servicio.<br>16. Custodiar los equipos, materiales, correspondencia, insumos y unidades de sangre que transporte.<br>17. Cumplir con los procedimientos impartidos a fin de conservar la cadena de frio de la sangre y sus componentes.<br>18. Trabajar en forma conjunta con el personal de las Campañas extramuros de donación de sangre en las operaciones de logistica que son necesarias en las actividades extramuros<br>19. Preparar y presentar los informes acordados con el supervisor del contrato.<br>20. El contratista aportará utilizará y portará todos los elementos de bioseguridad que requiera para el desarrollo de las actividades, asi mismo propender por el auto cuidado de su salud y de las personas con quienes se relacione en desarrollo de sus actividades.<br>21. Brindar debida respuesta a los requerimientos efectuados por los entes de control, por entidades y/o personas que asi lo soliciten.<br>22. Disponer de conductores permanentes y que permitan la asistencia de vehiculos en los que se transporta personal directivo institucional y que se moviliza de manera permanente durante el dia y para jornadas extendidas según requerimiento de cada área directiva.<br>23. Disponer de conductores para la conducción de los vehiculos que transportan elementos del almacén central y de la bodega de servicio farmacéutico y que se quiere durante las jornadas diurnas mientras funcionan estas áreas.<br>24. Disponer de conductores 24 horas para la conducción de vehiculos administrativos y de apoyo a las labores asistenciales de la sede limonar en lo relacionado con traslados de todo tipo de solicitud que requiera el área asistencial, logistico y administrativo de manera ininterrumpida. |
| **Obligaciones de la E.S.E.** | • Pagar oportunamente al contratista según lo establecido en el contrato<br>• Resolver las peticiones presentadas por el contratista en los términos consagrados por la Ley<br>• Cumplir y hacer cumplir las condiciones pactadas en el contrato y en los documentos que de él forman parte. |
| **Plazo de liquidación del contrato** | El término de que disponen las partes para liquidar los contratos de mutuo acuerdo, será de cinco (5) meses contados a partir de la finalización del plazo de ejecución señalado en el mismo, de no realizarse dentro del término previsto se aplicará a lo dispuesto en el Estatuto de contratación. Igualmente debe tenerse en cuenta que para aquellos de ejecución instantánea no se requiere la liquidación de contrato, conforme lo dispone a la normatividad vigente. |
| **Fundamentos Juridicos de Modalidad de Selección** | El marco legal del proceso de selección y de las obligaciones que se deriven de su adjudicación, está conformado por la Constitución Política, las Leyes de la República de Colombia y en especial por el estatuto de contratación de la E.S.E. Hospital Federico Lleras Acosta, las normas orgánicas de presupuesto, las disposiciones cambiarias, y las demás normas concordantes con la materia, que rijan y lleguen a regir los aspectos del presente proceso de selección, conforme a lo dispuesto en el Manual de Contratación mediante Contratación Directa. |

| | |
|---|---|
| | Para el caso de selección directa se tendrá en cuenta lo establecido en el Manual de contratación del hospital, en el numera 7.2 CAPITULO VI DE LOS PROCESOS DE SELECCIÓN EN LOS QUE LA ENTIDAD ACTUA COMO OFERENTE Y CONTRATISTA en el enciso 7.4.7 Contratación directa B) SIN IMPORTAR CUANTIA, numeral 10) Para la contratación de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión o para la ejecución de trabajos artísticos que solo pueden encomendarse a determinadas personas naturales. |
| **Justificación de los factores de selección** | Teniendo en cuenta la modalidad de contratación el Hospital invitará a presentar oferta a persona determinada que cumpla con las condiciones requeridas según el objeto y las obligaciones contractuales y cuya propuesta no sea superior al presupuesto oficial. |
| **Condiciones de cumplimiento para la contratación.** | Experiencia de la empresa- de dos años- soportados con contratos en hospitales o entidades de servicios de transporte de pacientes y transporte logístico.<br><br>En cumplimiento de norma legal vigente que en esta materia rige para el servicio de transporte asistencial –estándar de **talento humano**, para las ambulancias terrestres los conductores deben contar con licencia para la conducción del respectivo vehículo, expedida por autoridad competente y adicionalmente contar con constancia de asistencia en las acciones de formación continua en primeros auxilios o de primer respondiente. **Resolución 3100 de 2019**- 11.6.2 Servicio de Transporte Asistencial.<br><br>Así mismo, Los conductores deben contar con teléfono celular y estar debidamente identificados y carnetizados por la empresa, deberán portar uniforme aportado por la empresa y quienes se encuentren tripulando ambulancias deberán portar uniformes acordes con las actividades asistenciales de transporte de pacientes y contener los diferentes logos que los identifiquen como personal de misión médica.<br><br>Deben contar con los documentos vigentes expedidos por autoridad competente que acrediten el desarrollo de las actividades a ejecutar (licencias de conducción, curso de primeros auxilios)<br><br>Los conductores para vehículos administrativos y asistenciales deberán contar con licencia de conducción de categoría B1 o C1 o C2, dependiendo del vehículo a tripular<br><br>Los conductores de motocicletas deberán contar con licencia de conducción de categoría A2<br><br>Dando cumplimiento al decreto **1978 de 01 de diciembre de 2022** por medio del cual el Departamento del Tolima adopta el manual de **Misión Medica** de la **Resolución 4481 de 2012** del Ministerio de Salud y Protección social, con lo cual todos los conductores deben certificar la realización del **CURSO DE MISION MEDICA** con entidades certificadas y avaladas por el Ministerio de Salud y/o la secretaria de Salud Departamental.<br><br>Los conductores contratados no deberán tener pendientes contravenciones de tránsito que les impida cumplir con las funciones de tránsito en el territorio nacional.<br><br>Acorde con las políticas institucionales del HOSPITAL, los conductores deben contar con certificado del curso de **HUMANIZACION DE SERVICIOS DE SALUD**, con entidades que acrediten contar con educación No Formal.<br><br>De acuerdo con la **LEY 1831 DE 2 de mayo de 2017** por medio del cual se regula el uso de **DEA** en el transporte asistencial y demás lugares de alta afluencia, en su artículo 4° define que todo el personal de apoyo de transporte asistencial debe tener entrenamiento para el uso del Desfibrilador Externo Automático, con lo cual todos los conductores asignados al transporte asistencial deberán acreditar el certificado de RCP básico o curso de entrenamiento en el uso del DEA con fecha mínima de 2 años de vigencia. |

Deben garantizarse los diferentes controles de salud ocupacional de los conductores, ejecutados por la empresa, así como los controles programados y no programados, para el control de **alcoholimetría y alcoholemia** de los mismos en el ejercicio de sus funciones, con reporte de los resultados de manera mensual.

El contratista deberá soportar los certificados o documentos de formación continua a los conductores en las diferentes actividades de salvamento, primer respondiente, primeros auxilios, cursos viales, mecánica básica, etc, que les permita desempeñarse de manera competitiva y optima en el ejercicio de las obligaciones contractuales.

Asignación de supervisores por parte de la empresa, que permitan el seguimiento de las actividades y obligaciones contractuales, de tal manera que se pueda generar una dinámica de comunicación permanente en la adecuada prestación del servicio entre dichos supervisores y los supervisores del contratante.

Contar con esquemas completos de vacunación para Hepatitis B y toxoide tetánico, así como titulos de anticuerpos de hepatitis B, para los conductores que desarrollen actividades asociadas a labores asistenciales y en especial quienes transportan muestras de patología o de laboratorios.

Contar con dos (2) vehiculos tipo motocicleta condicionados para el transporte de elementos en cabinas destinadas para tal fin y para este tipo de vehiculos, acordes con lo establecido por la autoridad de tránsito y normas vigentes en la materia.

**Estimación, tipificación y asignación de riesgos previsibles**

El Hospital Federico Lleras identifica los siguientes riesgos asociados al proceso de contratación:

| CLASE | FUENTE | ETAPA | TIPO | PROBABLIDAD | VALORACION PROBABILIDAD | IMPACTO | VALORACIÓN IMPACTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| General | Interna | Planeación | Económicos | Raro (Puede ocurrir excepcionalmente) | 1 | Insignificante | 1 |
| Específica | Externa | Selección | Sociales o Políticos | Improbable (Puede ocurrir excepcionalmente) | 2 | Menor | 2 |
| | | Contratación | Operacionales | Posible (Puede ocurrir en cualquier momento futuro) | 3 | Moderado | 3 |
| | | Ejecución | Financieros | Probable (Probablemente va a ocurrir) | 4 | Mayor | 4 |
| | | | Regulatorios | Casi Cierto (Ocurre en la mayoría de circunstancias | 5 | Catastrófico | 5 |
| | | | De la Naturaleza | | | | |
| | | | Ambientales | | | | |
| | | | Tecnológicos | | | | |

| Categoria | Valoración | Insignificante | Menor | Moderado | Mayor | Catastrófico |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Raro (Puede ocurrir excepcionalmente) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Improbable (Puede ocurrir excepcionalmente) | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Posible (Puede ocurrir en cualquier momento futuro) | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Probable (Probablemente va a ocurrir) | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| Casi Cierto (Ocurre en la mayoría de circunstancias | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

| Categoría | Valoración | Insignificante | Menor | Moderado | Mayor | Catastrófico |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Raro (Puede ocurrir excepcionalmente ) | 1 | Riesgo Bajo | Riesgo Bajo | Riesgo Bajo | Riesgo Medio | Riesgo Alto |
| Improbable (Puede ocurrir excepcionalmente ) | 2 | Riesgo Bajo | Riesgo Bajo | Riesgo Medio | Riesgo Alto | Riesgo Alto |
| Posible (Puede ocurrir en cualquier momento futuro) | 3 | Riesgo Bajo | Riesgo Medio | Riesgo Alto | Riesgo Alto | Riesgo Extremo |
| Probable (Probablemente va a ocurrir) | 4 | Riesgo Medio | Riesgo Alto | Riesgo Alto | Riesgo Extremo | Riesgo Extremo |
| Casi Cierto (Ocurre en la mayoría de circunstancias | 5 | Riesgo Alto | Riesgo Alto | Riesgo Extremo | Riesgo Extremo | Riesgo Extremo |

Posteriormente, se identifican y describen los riesgos, según el tipo y la etapa del proceso de contratación en la que ocurre. Luego, se evalúan los riegos teniendo en cuenta su impacto y su probabilidad de ocurrencia y finalmente, se establece un orden de prioridad teniendo en cuenta los controles existentes y el contexto de los mismos.

**MECANISMOS DE COBERTURA:**

De acuerdo con el articulo 4 de la Ley 1150 de 2007, antes de efectuar la contratación la dependencia debe realizar una valoración de los riesgos que esta implica.

**DEFINICIONES:**

Para los efectos del presente proceso de selección, se entenderán las siguientes categorías de riesgo:

**Riesgo Previsible**: Son los posibles hechos o circunstancias que por la naturaleza del contrato y de la actividad a ejecutar es factible su ocurrencia.

**Riesgo Imprevisible**: Son aquellos hechos o circunstancias donde no es factible su previsión, es decir el acontecimiento de su ocurrencia, tales como desastres naturales, actos terroristas, guerra o eventos que alteren el orden público.

**Tipificación del Riesgo**: Es la enunciación que se hace de aquellos hechos previsibles constitutivos de riesgo que, en criterio del HOSPITAL FEDERICO LLERAS, pueden presentarse durante y con ocasión de la ejecución del contrato.

**Asignación del Riesgo**: Es el señalamiento que hace HOSPITAL FEDERICO LLERAS, de la parte contractual que deberá soportar total o parcialmente la ocurrencia de la circunstancia tipificada, asumiendo su costo.

Es importante señalar que los riesgos previsibles son aquellos que no están cubiertos por las garantías que amparan el cumplimiento, la calidad y cuando haya lugar la responsabilidad extracontractual de los contratos, por lo tanto, NO SON RIESGOS PREVISIBLES, el incumplimiento, la responsabilidad extracontractual, la teoría de la imprevisión, las inhabilidades e incompatibilidades y los aspectos administrativos internos.

HOSPITAL FEDERICO LLERAS, identificó para el presente proceso de contratación los riesgos que se relacionan en la siguiente tabla:

| No. | Clase | Fuente | Etapa | Tipo | DESCRIPCIÓN (Qué puede pasar y cómo puede ocurrir) | Consecuencia de la ocurrencia del evento | Probabilidad | Impacto | Calificación Total | Prioridad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | General | Interno | Ejecución | Operacional | Ocurre cuando se presentan demoras por parte de la Entidad en las aprobaciones previas de los productos y/o informes desarrollados por el contratista. | Afecta el cumplimiento de las obligaciones del contratante a cargo del Supervisor del contrato, relacionadas con la aprobación de productos y/o informes, y genera retraso en el trámite de pago a favor del contratista. | Moderado | Moderado | Medio | Media |
| 2 | General | Interno | Contratación | Financiero | Se presenta cuando la entidad no cuenta con los recursos para pagar el valor del contrato en los plazos establecidos. | Genera mora de la entidad en el pago que puede afectar al contratista, hasta el punto de romper la ecuación económica del contrato. | Raro | Menor | Bajo | Baja |
| 3 | General | Externa | Ejecución | Regulatorio | Se presenta por la expedición de normas que impongan nuevos tributos, impuestos o cargas parafiscales, que pueden afectar el equilibrio económico del contrato. | Genera una carga adicional a las previstas, que puede afectar a cualquiera o a las dos partes del contrato. | Raro | Menor | Bajo | Baja |
| 4 | General | Externa | Ejecución | Financieros | Los efectos derivados de las variaciones en los precios de mercado de los elementos a suministrar. | Afecta la entrega oportuna de los elementos objeto de compra | Probable | Alto | Alto | Alto |

**Forma de Mitigarlo:**

| No. | ¿A quien se le asigna? | Tratamiento/Controles a ser implementados | Impacto después del tratamiento | | | ¿Afecta el equilibrio | Persona responsable por implementar el tratamiento | Monitoreo y revisión | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Probabilidad | Impacto | Calificación Total | | | ¿Cómo se realiza el monitoreo? | Periodicidad ¿Cuándo? |
| 1 | HOSPITAL FEDERICO LLERAS CONTRATISTA | Aplicación de las disposiciones legales y ajuste de los procesos internos de la entidad. | Raro | Insignificante | Baja | No | HOSPITAL FEDERICO LLERAS CONTRATISTA | Cumplimiento de procedimientos y fechas pactadas de entrega. | Permanente |
| 2 | HOSPITAL FEDERICO LLERAS CONTRATISTA | El supervisor informará de manera oportuna fechas previstas de pagos, para programación de los recursos. | Raro | Insignificante | Baja | No | Supervisor - Contratista | Seguimiento a la ejecución del contrato y entrega oportuna de la documentación requerida. | Permanente |
| 3 | CONTRATISTA | El contratista deberá prever esta situación al momento de realizar la oferta. | Raro | Insignificante | Baja | No | Contratista | Validación régimen de impuestos | Al elaborar la propuesta |
| 4 | CONTRATISTA | El contratista deberá prever esta situación al momento de realizar la oferta. | Raro | Alto | Alto | No | Contratista | Verificación de los precios unitarios ofrecidos acorde con el movimiento del mercado en 1 año. | Al elaborar la propuesta |

## CAPÍTULO III: DESCRIPCIÓN FINANCIERA

**Soporte técnico y económico del valor estimado del contrato**

| | |
|---|---|
| **Variables consideradas para calcular el presupuesto oficial** | Los valores asignados para este tipo de contratación son de acuerdo a la proyección presupuestal para la vigencia fiscal 2026 |
| **Aspectos a considerar en el valor de la Propuesta** | El valor de la propuesta deberá incluir el ítem más el valor del IVA para quienes estén obligados y con las consideraciones de valor de los bienes y elementos a contratar, así como los descuentos de ley establecidos en la ESE HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ. Se entiende que los bienes o servicios suministrados cumplen con las normas vigentes nacionales y las internacionales que para tal caso rigen. |
| **Informes y evaluación:** | El futuro contratista deberá presentar informes en los que dé cuenta de las actividades desarrolladas, con la siguiente periodicidad: mensuales, los cuales deben estar aprobados por el supervisor del contrato. |

| | |
|---|---|
| | La Entidad Estatal contratante se reserva el derecho de solicitar, en cualquier momento, informes sobre la ejecución del contrato y los avances, junto con los documentos que lo soportan.<br><br>La Entidad Estatal contratante evaluará periódicamente el desempeño del Contratista durante el desarrollo del objeto contractual, con arreglo a los criterios de evaluación que haya aprobado para el efecto. |
| **Declaraciones del contratista** | El futuro contratista hace las siguientes declaraciones:<br><br>Conoce y acepta los Documentos del Proceso<br><br>Tuvo la oportunidad de solicitar aclaraciones y modificaciones a los Documentos del Proceso y recibió del Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué Tolima, respuesta oportuna a cada una de las solicitudes.<br>Se encuentra debidamente facultado en caso de suscribir contrato.<br><br>Que al momento de la celebración del presente contrato no se encuentra en ninguna causal de inhabilidad e incompatibilidad.<br><br>Está a paz y salvo con sus obligaciones laborales frente al sistema de seguridad social integral, según la normatividad vigente.<br><br>El valor del contrato incluye todos los gastos, costos, derechos, impuestos, tasas y demás contribuciones relacionadas con el cumplimiento del objeto del presente contrato.<br><br>El contratista manifiesta que los recursos que componen su patrimonio no provienen de lavado de activos, financiación del terrorismo, narcotráfico, captación ilegal de dineros y en general de cualquier actividad ilícita; de igual manera manifiesta que los recursos recibidos en desarrollo de este contrato, no serán destinados a ninguna de las actividades antes descritas.<br><br>El contratista se compromete a no contratar menores de edad para el ejercicio del objeto contractual, así como a no permitir que se subcontrate a menores de edad para tales efectos, dando aplicación a la Resolución 1677 de 2008 del Ministerio de la Protección Social y los Pactos, Convenios y Convenciones Internacionales ratificados por Colombia, sobre los derechos de los niños.<br><br>El contratista autoriza al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA, verificar los títulos y demás documentos presentados en la oferta. |
| **Responsabilidad:** | El Contratista será responsable por el cumplimiento del objeto contractual y será responsable por los daños que ocasionen sus empleados, los empleados de sus subcontratistas, al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA ESE DE IBAGUE TOLIMA en la ejecución del objeto Contractual. |
| **Propiedad Intelectual:** | Si de la ejecución del futuro contrato resultan estudios, investigaciones, descubrimientos, invenciones, información, mejoras y/o diseños, éstos pertenecen a Hospital Federico Lleras Acosta de conformidad con lo establecido en el Artículo 20 de la Ley 23 de 1982 y demás normas que modifiquen, adicionen o aclaren. Así mismo, el Contratista garantiza que los trabajos y servicios prestados a Hospital Federico Lleras Acosta por el objeto de este contrato no infringen ni vulneran los derechos de propiedad intelectual o industrial o cualesquiera otros derechos legales o contractuales de terceros. |

| | |
|---|---|
| **Confidencialidad** | En caso de que exista información sujeta a reserva legal, las partes deben mantener la confidencialidad de esta información. Para ello, la parte interesada debe comunicar a la otra parte que la información suministrada tiene el carácter de confidencial. Para el Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué Tolima, la Historia Clínica de los Pacientes gozan de Reserva Legal. |
| **Terminación, modificación e interpretación unilateral del Contrato:** | El Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué Tolima, puede terminar, modificar y/o interpretar unilateralmente el Contrato, cuando lo considere necesario para que el Contratista cumpla con el objeto del presente Contrato.<br><br>Terminación anticipada del contrato: Procede por: a. Por mutuo acuerdo entre las partes. b. Por declaratoria de caducidad del contrato por parte del CONTRATANTE en la forma y en los efectos previstos en el art 18 de la ley 80 de 1993. c. Por decisión autónoma de cualquiera de las partes en cualquier tiempo, dando aviso por escrito a la otra con por lo menos treinta (30) días de anticipación. d. Por evaluación no satisfactoria del CONTRATISTA. e. El reporte del contratista en la listas nacionales e internacionales que establecen la relación de personas que de acuerdo al organismo que las publica, pueden estar vinculadas con actividades de lavado de activos o financiación del terrorismo.<br><br>Modificación concertada: Cualquier decisión que modifique la relación contractual inicialmente pactada, no será válida sin la aprobación conjunta y por escrito de las partes contratantes.<br><br>Suspensión temporal del contrato: Por circunstancias de fuerza mayor o caso fortuito se podrá de común acuerdo entre las partes suspender temporalmente la vigencia del contrato mediante la suscripción de un acta en donde conste el evento, sin que para los efectos del plazo extintivo se compute el tiempo de la suspensión. Cuando estas circunstancias afecten las obligaciones del Contratista para ser aceptadas, este deberá comunicarlo por escrito al contratante dentro de los cinco (5) días siguientes a la fecha de la ocurrencia del hecho con la debida comprobación. Se entiende por fuerza mayor o caso fortuito las situaciones contempladas y definidas por el art 1 de la ley 95 de 1890 |
| **Multas** | En caso de incumplimiento parcial al objeto del contrato y obligaciones se aplicará las multas diarias y sucesivas hasta por diez (10) días equivalente al 0.2% del valor total del contrato, las cuales deben aplicarse antes de la terminación del plazo de ejecución de este último. |
| **Caducidad** | El Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué Tolima, se reserva el derecho de declarar la caducidad del contrato de prestación de servicios administrativos profesionales, conforme a los estipulado en el art 18 de la ley 80 de 1993 |
| **Cláusula Penal** | Las partes contratantes convienen pactar como sanción pecuniaria el equivalente al 10% del valor estipulado en el contrato, en caso de incumplimiento grave del objeto del contrato por parte del contratista. PARÁGRAFO: EL CONTRATISTA autoriza al CONTRATANTE para que descuente el valor de la sanción pecuniaria del saldo que tenga el contratante a favor del CONTRATISTA |
| **Independencia del Contratista** | Como la prestación del servicio por ejecutar se desarrolla con autonomía e independencia del CONTRATISTA la celebración del presente contrato no constituye relación laboral alguna entre el CONTRATANTE y aquel, por consiguiente, no genera derechos, emolumentos o prestaciones pecuniarias distintas de las pactadas en la cláusula séptima del presente contrato. EL CONTRATISTA actúa de manera autónoma e independiente y no tiene vínculos laborales con EL HOSPITAL, garantizando la prestación de servicios objeto del presente contrato por sus propios medios, asumiendo sus propios riesgos, con plena libertad y autonomía técnica y directiva. En consecuencia, no está subordinado al HOSPITAL, por tal razón las personas que llegue a designar y/o contratar para la ejecución del presente contrato actúan bajo su exclusiva dirección y responsabilidad, estando a su cargo la totalidad de los salarios. |

| | |
|---|---|
| | prestaciones sociales, servicios y demás cargas laborales que pudieren generarse, así como todos los demás gastos en que incurra en ejecución del presente acuerdo. |
| **Cesión** | El Contratista no puede ceder parcial ni totalmente sus obligaciones o derechos derivados del presente Contrato sin la autorización previa y por escrito de Hospital Federico Lleras Acosta. Si el Contratista es objeto de fusión, escisión o cambio de control Hospital Federico Lleras Acosta contratante está facultada a conocer las condiciones de esa operación. En consecuencia, el Contratista se obliga a informar oportunamente a Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué ESE contratante de la misma y solicitar su consentimiento. Si la operación pone en riesgo el cumplimiento del Contrato, Hospital Federico Lleras Acosta exigirá al Contratista, sus socios o accionistas una garantía adicional a la prevista en el contrato. Si el Contratista, sus socios o accionistas no entregan esta garantía adicional, el Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué ESE puede válidamente oponerse ante la autoridad correspondiente a la operación de fusión o escisión empresarial o cambio de control. El Contratista no podrá ceder parcial o totalmente el contrato sin el consentimiento previo, expreso y escrito de la entidad CONTRATANTE |
| **Indemnidad** | El Contratista se obliga a indemnizar al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ, con ocasión de la violación o el incumplimiento de las obligaciones previstas en el presente Contrato. El Contratista se obliga a mantener indemne a Hospital Federico Lleras Acosta de cualquier daño o perjuicio originado en reclamaciones de terceros que tengan como causa sus actuaciones hasta por el monto del daño o perjuicio causado. El Contratista mantendrá indemne a Hospital Federico Lleras Acosta por cualquier obligación de carácter laboral o relacionado que se originen en el incumplimiento de las obligaciones laborales que el Contratista asume frente al personal, subordinados o terceros que se vinculen a la ejecución de las obligaciones derivadas del presente Contrato. |
| **Caso Fortuito y Fuerza Mayor** | Las partes quedan exoneradas de responsabilidad por el incumplimiento de cualquiera de sus obligaciones o por la demora en la satisfacción de cualquiera de las prestaciones a su cargo derivadas del presente Contrato, cuando el incumplimiento sea resultado o consecuencia de la ocurrencia de un evento de fuerza mayor y caso fortuito debidamente invocadas y constatadas de acuerdo con la ley y la jurisprudencia colombiana. |
| **Solución de Controversias** | Las controversias o diferencias que surjan entre el Contratista y la Entidad Estatal contratante con ocasión de la firma, ejecución, interpretación, prórroga o terminación del Contrato, así como de cualquier otro asunto relacionado con el presente Contrato, serán sometidas a la revisión de las partes para buscar un arreglo directo, en un término no mayor a cinco (5) días hábiles a partir de la fecha en que cualquiera de las partes comunique por escrito a la otra la existencia de una diferencia. Las controversias que no puedan ser resueltas de forma directa entre las partes, se resolverán mediante: Conciliación: Cuando la controversia no pueda arreglarse de manera directa debe someterse a un procedimiento conciliatorio que se surtirá ante el centro de conciliación de la ciudad de Ibagué, previa solicitud de conciliación elevada individual o conjuntamente por las Partes. Si en el término de ocho (8) días hábiles a partir del inicio del trámite de la conciliación, el cual se entenderá a partir de la fecha de la primera citación a las Partes que haga el centro de conciliación, las Partes no llegan a un acuerdo para resolver sus diferencias, deben acudir a la jurisdicción contencioso administrativa. |
| **Notificaciones** | Los avisos, solicitudes, comunicaciones y notificaciones que las partes deban hacer en desarrollo del Contrato, deben constar por escrito y se entenderán debidamente efectuadas sólo si son entregados personalmente o por correo electrónico a la persona y a las direcciones respectivas establecidas en el SECOP II. |
| **Supervisión** | La Supervisión del presente contrato estará a cargo de los siguientes profesionales,<br>• **TRANSPORTE ASISTENCIAL EN AMBULANCIAS:** Profesional Especializado Área Salud de la Unidad Funcional de Urgencias. |

| | |
|---|---|
| | • **UNIDAD MOVIL DE BANCO DE SANGRE:** Profesional universitario líder Banco de Sangre<br>• **ACTIVIDADES DE MENSAJERIA:** Profesional Universitario líder de Gestión documental.<br>• **TRANSPORTE LOS VEHICULOS DE AREAS DIRECTIVAS/ADMINISTRATIVAS - LOGISTICAS Y DEL TRANSPORTE PARA EL APOYO EN LA GESTION DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES SEDE LIMONAR.** Profesional Universitario de Apoyo Logistico<br><br>De la entidad CONTRATANTE, quién deberá controlar su ejecución y cumplimiento, conforme los deberes y obligaciones impuestos en virtud de la ley 1474 de 2011 (estatuto anticorrupción) y del Manual de Supervisión e Interventoría del Hospital. Adicionalmente a esta, informarán al CONTRATISTA sobre las actividades a desarrollar de acuerdo con el objeto contratado. Hacer recomendaciones y sugerencias que puedan surgir en la ejecución del mismo y en general ser intermediario entre el CONTRATANTE y el CONTRATISTA. PARÁGRAFO: La supervisión de la ejecución y cumplimiento de las obligaciones contraídas por el Contratista a favor del HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA, deberá presentar informes mensuales que contengan la descripción de las actividades efectivamente ejecutadas |
| **Reclamos** | Los reclamos que las partes contratantes consideren pertinentes a deberán presentarse por escrito, recibida la reclamación, la parte requerida deberá pronunciarse dentro de los dos (2) días siguientes al recibo de la misma, y si guarda silencio se entenderá que la reclamación fue aceptada o aprobada. |
| **Legislación** | El presente contrato se regirá por lo dispuesto en el Manual de Contratación de la Entidad, para lo de su fin se tendrán en cuenta las normas y principios del derecho privado contenidos en el código civil y en el código de comercio y las cláusulas excepcionales contenidas en la ley 80 de 1993 y demás normas concordantes, teniendo en claro que el Hospital tiene un régimen de contratación especial. |
| **Auditoria** | La ESE HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA queda expresamente facultada por EL CONTRATISTA para que en horas hábiles de oficina realice auditorias en el momento que lo considere necesario al CONTRATISTA con el fin de examinar los papeles y documentos que soportan estos pagos, con el fin de garantizar el pago de los salarios, prestaciones sociales, así como de las cotizaciones al Sistema Integral de Seguridad Social (AFP) (ARL) (EPS). Así mismo, cada mes debe entregar a la supervisora del contrato, las autoliquidaciones a la seguridad social. PARÁGRAFO: Convienen las partes que la omisión total o parcial, la mora o las repetidas inconsistencias en los pagos a la seguridad social, dará lugar a la terminación del presente contrato, sin que exista derecho a ningún pago indemnizatorio del HOSPITAL al contratista. |
| **Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo SARLAFT** | 1) EL CONTRATISTA, certifica al CONTRATANTE que sus recursos no provienen ni se destinan al ejercicio de ninguna actividad ilícita o de actividades conexas al lavado de activos provenientes de éstas o de actividades relacionadas con la financiación del terrorismo. 2) EL CONTRATISTA, se obliga a realizar todas las actividades encaminadas a asegurar que todos sus socios, administradores, clientes, proveedores, empleados, etc., y los recursos de estos, no se encuentren relacionados, provengan, de actividades ilícitas, particularmente de lavado de activos o financiación del terrorismo.3) En todo caso, si durante el plazo de vigencia del contrato, EL CONTRATISTA, algunos de sus administradores, socios o administradores llegaren a ser (I) vinculado por parte de las autoridades competentes a cualquier tipo de investigación por delitos de narcotráfico, terrorismo, secuestro, lavado de activos, financiación del terrorismo y administración de recursos relacionados con actividades terroristas y otros delitos relacionados con el lavado de activos y financiación del terrorismo. (II) Incluido en listas para el control de lavado de activos y financiación del terrorismo administradas por cualquier autoridad nacional o extranjera, tales como las listas de la Oficina de Control de Activos en el Exterior OFAC emitida por las oficinas |

| | |
|---|---|
| | del Tesoro de los Estados Unidos de Norte América, la lista de la organización de las Naciones Unidas y otras listas públicas relacionadas con el tema del lavado de activos y financiación del terrorismo o (III) Condenado por parte de las autoridades competentes en cualquier tipo de proceso judicial relacionado con la comisión de los anteriores delitos ; o IV) llegare a ser señalado públicamente por cualquier medio de amplia difusión nacional (Prensa, Radio, televisión, etc.) como investigados por delitos de narcotráfico, terrorismo, secuestro, lavado de activos, financiación del terrorismo y administración de recursos relacionados con actividades terroristas u otros delitos relacionados con el lavado de activos y financiación del terrorismo y/o cualquier delito colateral o subyacente a estos, EL CONTRATANTE tiene el derecho de terminar unilateralmente el contrato sin que por este hecho esté obligado a indemnizar ningún tipo de perjuicio a EL CONTRATISTA. 4) De la misma forma, EL CONTRATISTA, declara que los recursos que incorpora para el desarrollo del Objeto contractual, proceden de actividades completamente licitas.5) EL CONTRATISTA, se obliga expresamente a entregar a EL CONTRATANTE, la información veraz y verificable que éste le exija para el cumplimiento de la normatividad relacionada con prevención de lavado de activos y financiación del terrorismo y a actualizar sus datos por lo menos anualmente suministrando la totalidad de los soportes que EL CONTRATANTE requiera. En el evento en que no se cumpla con la obligación consagrada en la presente cláusula. EL CONTRATANTE tendrá la facultad de dar por terminada la relación jurídica surgida.6) EL CONTRATISTA, manifiesta que conforme a lo anterior autoriza al Contratante la consulta y verificación en cualquier base de datos, listas restrictivas y públicas. |
| **Gastos** | Los gastos que ocasione la legalización del contrato este a cargo del Contratista. |
| **Publicación** | Conforme lo estatuido en el Decreto 019 de 2012, la contratación de la E.S.E., deberá ser publicada en el Sistema Electrónico para la Contratación Pública-SECOP II - que administra la Agencia Nacional de Contratación Pública-Colombia Compra Eficiente. |
| **Domicilio Contractual** | Las partes acuerdan como domicilio contractual para todos los efectos legales la ciudad de Ibagué. |
| **Estampillas** | Conforme a la Ordenanza No. 0015 del 2025, a partir del 01 de enero de 2026, las estampillas para los contratos de prestación de servicios con personas naturales, se descontarán en los dos (02) primeros pagos de los contratos celebrados entre enero y agosto y un (01) solo pago para aquellos contratos suscritos entre septiembre y diciembre; siempre y cuando sea dentro de la misma vigencia fiscal. |

| ESTAMPILLA | USO | TARIFA |
|---|---|---|
| PROCULTURA | Todos los contratos de prestación de servicio encargos fiduciarios y fiducia publica y sus modificaciones, que se suscriban en el departamento del Tolima con personas naturales o jurídicas de derecho privado | 1 % del valor del contrato antes de IVA |
| PROHOSPITAL | Todos los contratos de prestación de servicios, que se suscriban en el departamento del Tolima con personas naturales o jurídicas de derecho privado | 1% del valor del contrato antes de IVA |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | PROELECTRIFICADORA | Todos los contratos de prestación de servicios que se suscriban en el departamento del Tolima con personas naturales o jurídica | 0,5 % del valor del contrato antes de IVA |
| **Requisitos para el cumplimiento del objeto contractual.** | Ver documento adjunto | | |

Responsable,

**NATALIA ANDREA QUINTERO GUZMAN**
Profesional Especializada Área Salud
Unidad Funcional de Internación Médica
Hospital Federico Lleras Acosta

**MARTHA JOHANNA PALACIOS URIBE**
Gerente
Hospital Federico Lleras Acosta

| Federico Lleras Acosta | GESTIÓN FINANCIERA | CÓDIGO: GF-FR-066 |
|---|---|---|
| | | Versión: 03 |
| | FORMATO SOLICITUD CERTIFICADO DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL | Vigente desde: 30/06/2023 |
| | | Página: 1 de 2 |

Fecha: Ibagué, 01 JUL 2026

**Para:** Jefe de Presupuesto o quien haga sus veces

**Rubro Presupuestal: 2.1.2.02.02.008.8.3.9.9.0.01**

**Nombre Rubro Presupuestal: OTROS SERVICIOS PROFESIONALES, TECNICOS Y EMPRESARIALES N.C.P.**

**Valor: $ 218.222.250**

**Justificación (Amplia, Suficiente y Soportada):**

Contratar la prestación de servicios para el desarrollo de actividades de conducción de vehículos de transporte asistencial básico y medicalizado, unidad móvil del banco de sangre, transporte administrativo y de apoyo logístico que requieren distintas áreas de la institución en las sedes Francia y Limonar para el desarrollo de las actividades logísticas-operativas internas y externas del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué Tolima E.S.E., ejecución cinco (5) meses contados a partir de la suscripción del acta de inicio previo cumplimiento de los requisitos de ejecución del contrato

**Nombre, Cargo y firma del funcionario Autorizado**

NATALIA ANDREA QUINTERO GUZMAN
Profesional Especializado área de la Salud
Unidad Funcional de Urgencias

**Autorización Ordenador del Gasto:**

MARTHA JOHANNA PALACIOS URIBE
Gerente
Hospital Federico Lleras Acosta Ibagué Tolima E.S.E.

**Nombre de quien recibe solicitud**

**Fecha y Hora Radicación de la Solicitud**

**Dia** ____ **Mes**_____ **Año** _____ **Hora:** _____ **AM** ___ **PM**___

Diligenció
Nombre: Firma:
Fecha:

El Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E declara que la versión vigente y controlada de este documento solo podrá ser consultada en la INTRANET institucional; toda copia o impresión de este se considera como documento NO CONTROLADO

Fecha: Ibagué, 01 JUL 2026

**Para:** Jefe de Presupuesto o quien haga sus veces

**Rubro Presupuestal: 2.4.5.02.08.8.3.9.9.0.01**

**Nombre Rubro Presupuestal: OTROS SERVICIOS PROFESIONALES, TECNICOS Y EMPRESARIALES N.C.P.**

**Valor: $ 213.031.942**

**Justificación (Amplia, Suficiente y Soportada):**

Contratar la prestación de servicios para el desarrollo de actividades de conducción de vehículos de transporte asistencial básico y medicalizado, unidad móvil del banco de sangre, transporte administrativo y de apoyo logístico que requieren distintas áreas de la institución en las sedes Francia y Limonar para el desarrollo de las actividades logísticas-operativas internas y externas del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué Tolima E.S.E., ejecución cinco (5) meses contados a partir de la suscripción del acta de inicio previo cumplimiento de los requisitos de ejecución del contrato

**Nombre, Cargo y firma del funcionario Autorizado**

**NATALIA ANDREA QUINTERO GUZMAN**
Profesional Especializado área de la Salud
Unidad Funcional de Urgencias

**Autorización Ordenador del Gasto:**

**MARTHA JOHANNA PALACIOS URIBE**
Gerente
Hospital Federico Lleras Acosta Ibagué Tolima E.S.E

**Nombre de quien recibe solicitud**

**Fecha y Hora Radicación de la Solicitud**

**Día** ____ **Mes** _____ **Año** _____ **Hora:** _____ **AM** ___ **PM**___

| Diligenció | |
|---|---|
| Nombre | Firma |
| Fecha | |

El Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E declara que la versión vigente y controlada de este documento solo podrá ser consultada en la INTRANET institucional; toda copia o impresión de este se considera como documento NO CONTROLADO

## [redacted] – Configuraciones de Perfil

Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso

Editar

### Información del usuario

| | |
|---|---|
| **Cargo** | REPRESENTANTE LEGAL |
| **Título** | Sra |
| **Nombre** | ANDREA DEL PILAR |
| **Apellidos** | MARIÑO |
| **Fecha de Nacimiento** | 4/05/1980 ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito) |
| **Nivel Educativo** | Universitaria completa (con título) |
| **Género** | Mujer |
| **¿Tiene alguna discapacidad?** | SI No |
| **Nombre y apellido** | ANDREA DEL PILAR MARIÑO |
| **Tipo de documento** | Cédula de Ciudadanía |
| **Número de documento** | 41056231 |
| **Dirección** | CRA 3 #12-54 OF 404 CENTRO |
| **Código postal** | |
| **Estrato** | 3 |
| **Ubicación** | Ibagué |
| **País** | COLOMBIA |
| **Correo electrónico** | grupoempresarialtemporales@gmail.com |
| **Teléfono** | 3175093587 |
| **Celular** | 3175093587 |

### Configuración

| | |
|---|---|
| **Zona horaria** | (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito |
| **Idioma** | Español (Colombia) |
| **Configuración regional** | Spanish (Colombia) |

### Seguridad de la información

| | |
|---|---|
| **Pregunta de seguridad** | ¿Cuál es su número de teléfono? |
| **Respuesta** | 3182098049 |
| **SMS para recuperar la contraseña** | 3182098049 |

Editar

# PROPUESTA DE SERVICIOS

GRUPO
EMPRESARIAL
TEMPORALES
DEL TOLIMA



Dirección
**CRA 3 N 12 54 OFICINA 404 CENTRO COMERCIAL COMBEIMA**

Correo
**grupoempresarialtemporales@gmail.com**

Contacto
**316 483 8494**

Ibagué, 30 de junio de 2026

SEÑORES
HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA E.S.E
CIUDAD

**REFERENCIA: Oferta de servicios para el suministro de personal en misión para el proceso de traslado de pacientes en ambulancia básica, medicalizada, personal del área administrativa y mensajería del Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E.**

Brindamos soluciones integrales que nos convierten en el aliado estratégico para su empresa, con un talento humano competitivo, humanizado, con experiencia administrativa, financiera, operativa y tecnológica, garantizando la selección y contratación de personal calificado en misión, para desarrollar las actividades temporales que nuestros clientes requieran.

Cordialmente,

ANDREA DEL PILAR MARIÑO
REPRESENTANTE LEGAL

DIRECCION: CRA 3 N 12 54 OFICINA 404 CENTRO COMERCIAL COMBEIMA
CORREO ELECTRÓNICO: ***grupoempresarialtemporales@gmail.com***
CELULAR: 316 483 8494
IBAGUE- TOLIMA

# OFERTA DE SERVICIOS TÉCNICOS

## GRUPO EMPRESARIAL TEMPORALES DEL TOLIMA:




Cuenta con el Recurso Humano idóneo y capacitado para cada una de sus funciones y actividades a desarrollar.

Se compromete a realizar las afiliaciones de los trabajadores según contrato laboral a la Seguridad Social Integral:

- **Salud**
- **Pensión**
- **Riesgos laborales (ARL)**
- **Caja de compensación correspondiente**







Se compromete a cumplir con las prestaciones de ley según contrato laboral como:

- **Cesantías**
- **Intereses de cesantías**
- **Vacaciones**
- **Prima**

# OFERTA DE SERVICIOS TÉCNICOS

## GRUPO EMPRESARIAL TEMPORALES DEL TOLIMA:



04

Se compromete a suministrar su respectiva dotación y carnet de identificación.

Se compromete a suministrar al personal en misión para traslado de pacientes en ambulancia básica, medicalizada, personal del área administrativa y mensajería del Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E.




05

GRUPO
EMPRESARIAL
TEMPORALES
DEL TOLIMA

## 06 SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO:

Mediante la presente propuesta GRUPO EMPRESARIAL TEMPORALES DEL TOLIMA SAS, se compromete a cumplir con la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo, cumplimiento la legislación vigente en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo, mejoramiento continuo y desarrollo de las actividades de prevención y de promoción en salud, que permitan proteger la salud de todos los trabajadores, evaluando, valorando y controlando los riesgos existentes en la empresa.

**EL PERSONAL CONTARÁ CON LO SIGUIENTE:**



**01** **Examen médico ocupacional de ingreso y egreso**

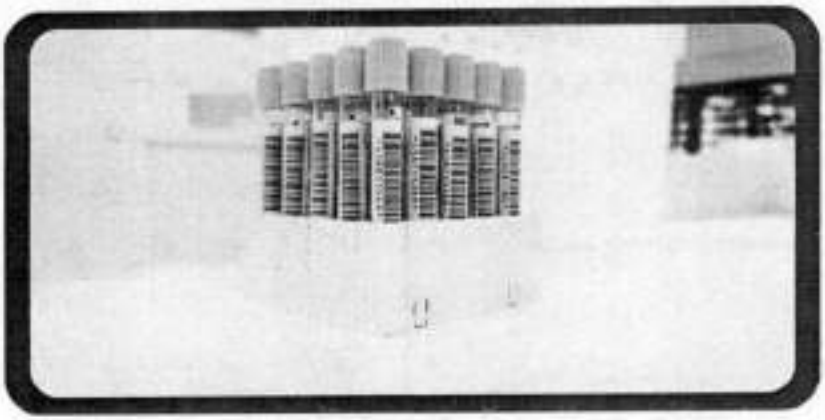
## 07 DOTACIÓN DEL PERSONAL

GRUPO EMPRESARIAL TEMPORALES DEL TOLIMA SAS se compromete a cumplir con lo siguiente:

- Las dotaciones que ordena la Ley.

# ACTIVIDADES A DESARROLLAR

## SERVICIO DE MENSAJERIA



- Servicio de transporte para entrega y recogida del material textil, instrumental quirúrgico y material osteosíntesis que necesita ser procesado para garantizar su esterilización y el uso de manera segura en los usuarios.
- El personal tendrá la responsabilidad de recoger el material que se requiera en la central de esterilización de la sede Francia y realizar la entrega en la central de esterilización de la Sede Limonar y viceversa.
- Traslado de muestras de laboratorio, garantizando el protocolo de traslado de las mismas.
- Traslado de cargas pesadas que se presenten en la necesidad del servicio.
- Se garantizará el cuidado y Aseo permanente de los vehículos puestos a disposición del hospital.

GRUPO
EMPRESARIAL
TEMPORALES
DEL TOLIMA

# ACTIVIDADES A DESARROLLAR

## SERVICIO DE MENSAJERIA



- El personal tendrá disponibilidad telefónica para atender cualquier requerimiento y necesidad entre sedes.
- Realizar las actividades de envío de documentos y muestras de medicamentos e insumos de la farmacia donde se requieran en el perímetro de la ciudad.
- Radicar los documentos en las entidades que se le asignen.
- Envío y entrega de documentos entre sedes.
- Se garantizará el transporte necesario para realizar la labor.
- Autenticación de documentos en las notarías donde se requiera el servicio.
- Demas funciones que sean asignadas de acuerdo al objeto del contrato.

# ACTIVIDADES A DESARROLLAR

## TRASLADO DE PACIENTES EN AMBULANCIA BÁSICA, MEDICALIZADA, PERSONAL DEL ÁREA ADMINISTRATIVA




- Resolver las consultas con mayor celeridad posible.
- Responder por el inventario de los equipos y elementos asignados por la institución a la ambulancia.
- Mantener la ambulancia en perfecto estado de aseo y limpieza.
- Diligenciar el libro bitácora de transporte de ambulancia cada vez que transporte un paciente.
- Reportar las novedades presentadas durante el traslado de paciente en ambulancia.
- Reportar al centro regulador todas las salidas que realice la ambulancia de la Institución, ya que esta dependencia es la única que autoriza el egreso de la ambulancia de la institución.
- En las ambulancias solo se debe transportar un paciente con un solo familiar independientemente del estado de salud del paciente a transportar.

# ACTIVIDADES A DESARROLLAR

## TRASLADO DE PACIENTES EN AMBULANCIA BÁSICA, MEDICALIZADA, PERSONAL DEL ÁREA ADMINISTRATIVA



- La ambulancia siempre debe salir de la institución con la tripulación completa dependiendo del tipo de ambulancia.
- Las directrices del manejo de las ambulancias serán dadas por la coordinadora del Centro Regulador.
- Todos los aspectos de mecánica de los vehículos deben ser notificados a la coordinadora del Centro Regulador para garantizar el trámite.
- Cumplir con los horarios asignados para desarrollar las labores.
- Manejar el equipo de radiocomunicaciones ubicado en las ambulancias.
- Asistir y participar en las jornadas de capacitación o actualización programadas por el hospital.
- Colaborar con el auxiliar de enfermería asignados la ambulancia en el ascenso y descenso del paciente a la ambulancia.
- Recoger pacientes que requieran la atención medica durante el desplazamiento si así se requiere.

# ACTIVIDADES A DESARROLLAR

## TRASLADO DE PACIENTES EN AMBULANCIA BÁSICA, MEDICALIZADA, PERSONAL DEL ÁREA ADMINISTRATIVA



- Asistir en caso de emergencia manifiesta a la institución así no se encuentre de turno.
- Velar por la seguridad del paciente y su familia durante el traslado.
- Utilizar las medidas de bioseguridad durante el traslado de pacientes.
- Permanecer en contacto el Centro Regulador de la Institución, informando cualquier anormalidad que se presentación las ambulancias al coordinador del Centro Regulador.
- Conducir el vehículo que le sea asignado y velar por el buen funcionamiento.
- Reportar a referencia las novedades presentadas durante el traslado.
- Reportar al encargado de recursos físicos todas las salidas que realice la institución.

# TRASLADO DE PACIENTES EN AMBULANCIA BÁSICA, MEDICALIZADA, PERSONAL DEL ÁREA ADMINISTRATIVA



- Las directrices del manejo del carro serán dadas por el encargado de la dependencia de Recursos Físicos.
- Todos los aspectos de mecánica de los vehículos deben ser notificados al encargado de Recursos Físicos.
- Trasladar pacientes del servicio de Urgencias a las diferentes áreas donde se requiera.
- Responder por las herramientas y equipos a su cargo.
- Presentar el Certificado del Curso de Humanización en Servicios de Salud.

**El servicio se prestara con la cantidad de personal necesaria para el cumplimiento del horario establecido por la institución en cada una de las áreas, distribuidos de la siguiente manera:**

## CONDUCTORES DE AMBULANCIA

- Cantidad: 10 conductores
- Horario: segun cuadro de turnos para cubir el servicio 24 horas

## CONDUCTORES ADMINISTRATIVOS

- Cantidad: 07 conductores
- Horario: segun cuadro de turnos, con una intensidad horaria de 44/42 horas semanales.

## CONDUCTOR BUS BANCO DE SANGRE

- Cantidad: 01 conductor
- Horario: segun cuadro de turnos, con una intensidad horaria de 44/42 horas semanales, mas las jornadas adicionales solicitadas por la entidad.

## MENSAJEROS

- Cantidad: 02 conductores
- Horario: segun cuadro de turnos, con una intensidad horaria de 44/42 horas semanales.

# OFERTA DE SERVICIOS TÉCNICOS



## JORNADA LABORAL

La jornada laboral se establece conforme a la legislación laboral vigente.

- Jornada ordinaria: 44 horas semanales hasta el 15 de julio de 2026
- Jornada ordinaria: 42 horas semanales despues del 15 de julio de 2026
- Distribución: Lunes a sábado.
- Horario: 6:00 a.m. a 7:00 p.m.

## RECARGOS LABORALES

Los recargos se liquidan con base en el salario básico segun jornada laboral y el valor de la hora ordinaria de cada trabajador:

| | HASTA 30 JUNIO 2026 | DESDE 01 JULIO 2025 | |
|---|---|---|---|
| **CONCEPTO** | **PORCENTAJE** | **PORCENTAJE** | **HORARIO** |
| **Recargo nocturno** | 35% | 35% | 7:00 p.m. a 6:00 a.m. |
| **Recargo dominical/festivo diurno** | 80% | 90% | 6:00 a.m. a 7:00 p.m. |
| **Recargo dominical/festivo nocturno** | 115% | 125% | 7:00 p.m. a 6:00 a.m. |

# OFERTA DE SERVICIOS TÉCNICOS

## HORAS EXTRAS

| | HASTA 30 JUNIO 2026 | DESDE 01 JULIO 2025 | |
|---|---|---|---|
| **CONCEPTO** | **PORCENTAJE** | **PORCENTAJE** | **HORARIO** |
| **Hora extra diurna** | 125% | 125% | HORA ADICIONAL ENTRE 6:00 AM -7:00PM |
| **Hora extra nocturna** | 175% | 175% | HORA ADICIONAL NOC ENTRE 7:00PM - 6:00AM |
| **Hora extra dominical/festiva diurna** | 205% | 215% | HORA ADICIONAL DOMINICAL O FESTIVA ENTRE 6:00AM -7:00PM |
| **Hora extra dominical/festiva nocturna** | 255% | 265% | HORA ADICIONAL NOC DOMINICAL O FESTIVA ENTRE 7:00PM-6:00AM |

## CONDICIONES HORAS EXTRAS

- Tope diario: 2 horas extras.
- Tope semanal: 12 horas extras.
  Las horas extras deberán ser autorizadas y reportadas mediante formato que contenga:
  - Nombre del trabajador
  - Cargo
  - Número de horas.

## FACTURACION

La facturación se realizará con base en las horas efectivamente laboradas, de acuerdo con el cuadro de turnos mensual y la aplicación de los recargos correspondientes.

# COTIZACIÓN

GRUPO TEMPORALES DEL TOLIMA

| CONCEPTO | COSTO MENSUAL |
|---|---|
| **BASE** | $74.695.452 |
| **AIU 13%** | $9.710.409 |
| **IVA** | $1.844.978 |
| **TOTAL** | $86.250.839 |

El costo mensual del servicio ofertado será por valor de ($86.250.839) ochenta y seis millones doscientos cincuenta mil ochocientos treinta y nueves pesos Mcte. IVA 19% INCLUIDO SOBRE AIU 13%

***Cualquier modificación por necesidad del servicio en cantidad y cargos del personal se podrá realizar teniendo en cuenta los costos adicionales a la presente cotización.***

**Tiempo ofertado:** 1 MES

**Validez de la oferta:** 1 MES

Cordialmente,

ANDREA DEL PILAR MARIÑO
REPRESENTANTE LEGAL

# Gracias

GRUPO
EMPRESARIAL
TEMPORALES
DEL TOLIMA



| | |
|---|---|
| Contacto | ***316 483 8494*** |
| Correo | ***grupoempresarialtemporales@gmail.com*** |
| Dirección | ***CRA 3 N 12 54 OFICINA 404 CENTRO COMERCIAL COMBEIMA*** |

Federico
Lleras Acosta

Nit. 890.706.833-9

Ibagué, 01 JUL 2026 de 2026

Señores
GRUPO EMPRESARIAL TEMPORALES DEL TOLIMA S.A.S
E. S. M.

Señores Grupo Empresarial.

En mi calidad de Gerente del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué Tolima E.S.E. me permito informar que se recibió la propuesta para la contratación con el fin de desarrollar el siguiente objeto: Prestar servicios para el desarrollo de actividades de conducción de vehículos de transporte asistencial básico y Medicalizado, Unida Móvil del Banco de sangre, transporte administrativo y de apoyo logistico que requieren distintas áreas en las sedes Francia y Limonar, Y servicio de talento humano para el desarrollo de las actividades logisticas-operativas entre sedes; y demás actividades que le sean asignadas en el desarrollo de las funciones misionales y transversales del hospital Federico lleras acosta de Ibagué Tolima E. S. E.

Se debe presentar en el Hospital en la Oficina Juridica para la realización del trámite de contratación, con lo que el contratista queda comprometido a cumplir todas las obligaciones señaladas en la propuesta, garantizando que los servicios ofrecidos, cumplen con los requisitos exigidos y los prestará en la forma y dentro de los plazos señalados por el contrato.

El contratista debe conocer las normas legales vigentes sobre la contratación con entidades públicas y verificar no estar impedido para contratar con ellas, ni se encuentre incurso en las causales de inhabilidad e incompatibilidad establecidas en la Constitución Politica de Colombia, Ley 1474 de 2011 (Estatuto Anticorrupción), Ley 80 de 1993 y demás normas sobre la materia.

Cordialmente,

**MARTHA JOHANNA PALACIOS URIBE**
**Gerente**

| | | |
|---|---|---|
| Vo. Bo. Juridica | Calle 33 No.4A - 80 Tel.2739805 Web Site: www.hflleras.gov.co Gerencia | |

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

## DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES |
|---|---|---|
| Mariño | | Andrea Del Pilar |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | SEXO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 41058231 | F (X) M ( ) | COL. (X) EXTRANJERO ( ) | COLOMBIA |

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M.

| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO | | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA | |
|---|---|---|---|
| FECHA DIA 04 MES 05 AÑO 1980 | | CARRERA 14 SUR - 93 19 Conj Salento Tr 5 Ap 101 La Samaria | |
| PAÍS | COLOMBIA | PAÍS | COLOMBIA |
| DEPTO | AMAZONAS | DEPTO | TOLIMA |
| MUNICIPIO | LETICIA | MUNICIPIO | IBAGUÉ |
| | | TELÉFONO | 2656056 |
| | | EMAIL | andreama678@gmail.com |

## 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 | | | | | | | | | | | TITULO OBTENIDO | | BASICA PRIMARIA | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | X | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° | MES | 11 | AÑO | 1990 |

***EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)***

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

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

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

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

| MODALIDAD ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO SI | GRADUADO NO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO | TERMINACIÓN MES | TERMINACIÓN AÑO | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PREGRADO | 5 | X | | INGENIERIA INFORMATICA | 06 | 2007 | 0583314833SANT |
| PREGRADO | 6 | X | | TECNICA PROFESIONAL EN INGENIERIA DE SISTEMAS | 06 | 2005 | |

***CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS***

| MEDIO DE CAPACITACIÓN | INSTITUCIÓN | MODALIDAD | CURSO | TERMINACION MES | TERMINACION AÑO |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

## Persona Natural

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

ESPECIFIQUE 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 |
| | | | | | | | | | |

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>BERNACION DE TOLIMA | | | PÚBLICA<br>X | PRIVADA | PAÍS<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO<br>TOLIMA | MUNICIPIO<br>IBAGUÉ | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | | |
| TELÉFONOS<br>2611111 | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
| | Día | 09 | Mes | 11 | Año | 2022 | Día | 31 | Mes | 12 | Año | 2022 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA | DEPENDENCIA<br>DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE TRANSITO Y | | | | | | DIRECCIÓN<br>CARRERA 3 10 11 EDIF GOBERNACION TOLIMA | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>GOBERNACION DE TOLIMA | | | PÚBLICA<br>X | PRIVADA | PAÍS<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO<br>TOLIMA | MUNICIPIO<br>IBAGUÉ | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | | |
| TELÉFONOS<br>2611111 | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
| | Día | 01 | Mes | 02 | Año | 2022 | Día | 31 | Mes | 07 | Año | 2022 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA | DEPENDENCIA<br>DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE TRANSITO Y | | | | | | DIRECCIÓN<br>CARRERA 3 - 10 11 EDIF GOBERNACION TOLIMA | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>T.S.A.S. | | | PÚBLICA | PRIVADA<br>X | PAÍS<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO<br>TOLIMA | MUNICIPIO<br>IBAGUÉ | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
| | Día | 01 | Mes | 02 | Año | 2017 | Día | 12 | Mes | 11 | Año | 2020 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>INGENIERA DE SISTEMAS | DEPENDENCIA | | | | | | DIRECCIÓN<br>CARRERA 5 N 37 94 OFICINA 301 | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>MINTRANSCOL S.A.S | | | PÚBLICA | PRIVADA<br>X | PAÍS<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO<br>TOLIMA | MUNICIPIO<br>IBAGUÉ | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | | |
| TELÉFONOS<br>2631620 | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
| | Día | 01 | Mes | 06 | Año | 2012 | Día | 31 | Mes | 12 | Año | 2016 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>DIRECTORA ADMINISTRATIVA | DEPENDENCIA | | | | | | DIRECCIÓN<br>CARRERA 3 N 13 20 oficina 401 | | | | | |

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 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 | | | | | | | |

## 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 | 0 | 0 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 8 | 4 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 0 | 7 |
| **TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA** | 9 | 0 |

## FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI NO ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CONLA 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* *IBAGUE, 15/05/2026*

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

## Persona Natural

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

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*

FORMATO UNICO HOJA DE VIDA PERSONA JURIDICA

Persona Natural

RAZON SOCIAL O DENOMINACION

SIGLA: GRUPO EMPRESARIAL TEMPORALES DEL TOLIMA SAS NIT No. 901-448-011-1

DIRECCION: CRA 3 # 15-64 OC CONBEIMA OFC 404

MUNICIPIO: I B A G U E

TELEFONO: 3163444 FAX: ANGELICA PEREZ

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DC OBRAS CIVILES S.A.S | | X | 3173001886 | 31/12/2021 | $ 15.000.000 |
| DC OBRAS CIVILES S.A.S | | X | 3173001886 | 31/03/2022 | $ 10.000.000 |
| EQUIPANDO NEGOCIOS | | X | 3124541348 | 31/03/2022 | $ 24.000.000 |
| DC OBRAS CIVILES S.A.S | | X | 3173001886 | 31/08/2022 | $ 12.000.000 |
| EQUIPANDO NEGOCIOS | | X | 3124541348 | 30/09/2022 | $ 16.000.000 |
| EQUIPANDO NEGOCIOS | | X | 3124541348 | 31/12/2022 | $ 24.000.000 |
| CONARR REAL DEL MONTE | | X | 3135447368 | 28/12/2023 | $ 16.000.000 |
| HOSPITAL REGIONAL ALFONSO JARAMILLO SALAZAR ESE | X | | 318 5068684 | 30/04/2023 | $ 200.000.000 |
| HOSPITAL REGIONAL ALFONSO JARAMILLO SALAZAR ESE | X | | 318 5068684 | 30/04/2023 | $ 140.000.000 |
| HOSPITAL REGIONAL ALFONSO JARAMILLO SALAZAR ESE | X | | 318 5068684 | 30/04/2023 | $ 243.000.000 |
| HOSPITAL REGIONAL ALFONSO JARAMILLO SALAZAR ESE | X | | 318 5068684 | 30/04/2023 | $ 120.000.000 |
| HOSPITAL REGIONAL ALFONSO JARAMILLO SALAZAR ESE | X | | 318 5068684 | 31/05/2023 | $ 200.000.000 |
| HOSPITAL REGIONAL ALFONSO JARAMILLO SALAZAR ESE | X | | 318 5068684 | 31/05/2023 | $ 160.000.000 |
| HOSPITAL REGIONAL ALFONSO JARAMILLO SALAZAR ESE | X | | 318 5068684 | 31/05/2023 | $ 240.000.000 |
| HOSPITAL REGIONAL ALFONSO JARAMILLO SALAZAR ESE | X | | 318 5068684 | 30/06/2023 | $ 240.000.000 |
| HOSPITAL REGIONAL ALFONSO JARAMILLO SALAZAR ESE | X | | 318 5068684 | 30/06/2023 | $ 160.000.000 |
| HOSPITAL REGIONAL ALFONSO JARAMILLO SALAZAR ESE | X | | 318 5068684 | 31/07/2023 | $ 240.000.000 |
| HOSPITAL REGIONAL ALFONSO JARAMILLO SALAZAR ESE | X | | 318 5068684 | 31/07/2023 | $ 160.000.000 |
| HOSPITAL REGIONAL ALFONSO JARAMILLO SALAZAR ESE | X | | 318 5068684 | 31/07/2023 | $ 240.000.000 |
| HOSPITAL REGIONAL ALFONSO JARAMILLO SALAZAR ESE | X | | 318 5068684 | 31/08/2023 | $ 240.000.000 |
| HOSPITAL REGIONAL ALFONSO JARAMILLO SALAZAR ESE | X | | 318 5068684 | 31/08/2023 | $ 160.000.000 |
| HOSPITAL REGIONAL ALFONSO JARAMILLO SALAZAR ESE | X | | 318 5068684 | 31/08/2023 | $ 240.000.000 |
| HOSPITAL REGIONAL ALFONSO JARAMILLO SALAZAR ESE | X | | 318 5068684 | 30/09/2023 | $ 240.000.000 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | HOSPITAL REGIONAL ALFONSO JARAMILLO SALAZAR ESE | X | | 310 8068604 | 30/04/2023 | $ 160.000.000 |
| | HOSPITAL REGIONAL ALFONSO JARAMILLO SALAZAR ESE | X | | 310 8068604 | 30/06/2023 | $ 240.000.000 |
| | HOSPITAL REGIONAL ALFONSO JARAMILLO SALAZAR ESE | X | | 310 8068604 | 31/08/2023 | $ 80.000.000 |
| | HOSPITAL REGIONAL ALFONSO JARAMILLO SALAZAR ESE | X | | 310 8068604 | 31/09/2023 | $ 80.000.000 |
| | HOSPITAL REGIONAL ALFONSO JARAMILLO SALAZAR ESE | X | | 310 8068604 | 31/10/2023 | $ 80.000.000 |
| | HOSPITAL REGIONAL ALFONSO JARAMILLO SALAZAR ESE | X | | 310 8068604 | 31/10/2023 | $ 160.000.000 |
| | HOSPITAL REGIONAL ALFONSO JARAMILLO SALAZAR ESE | X | | 310 8068604 | 31/10/2023 | $ 239.999.000 |
| | HOSPITAL REGIONAL ALFONSO JARAMILLO SALAZAR ESE | X | | 310 8068604 | 31/10/2023 | $ 240.000.000 |
| | HOSPITAL REGIONAL ALFONSO JARAMILLO SALAZAR ESE | X | | 310 8068604 | 30/11/2023 | $ 160.000.000 |
| | HOSPITAL REGIONAL ALFONSO JARAMILLO SALAZAR ESE | X | | 310 8068604 | 30/11/2023 | $ 240.000.000 |
| | HOSPITAL REGIONAL ALFONSO JARAMILLO SALAZAR ESE | X | | 310 8068604 | 31/12/2023 | $ 122.645.429 |
| | HOSPITAL REGIONAL ALFONSO JARAMILLO SALAZAR ESE | X | | 310 8068604 | 31/12/2023 | $ 240.000.000 |
| | HOSPITAL REGIONAL ALFONSO JARAMILLO SALAZAR ESE | X | | 310 8068604 | 31/12/2023 | $ 160.000.000 |
| | HOSPITAL REGIONAL ALFONSO JARAMILLO SALAZAR ESE | X | | 310 8068604 | 31/12/2023 | $ 24.000.000 |
| | HOSPITAL SAN ANTONIO - GUAMO | X | | 3271497 | 31/12/2024 | $ 115.597.830 |
| | HOSPITAL SAN ANTONIO - GUAMO | X | | 3271497 | 31/12/2024 | $ 87.410.132 |
| | HOSPITAL SAN ANTONIO - GUAMO | X | | 3271497 | 31/12/2024 | $ 80.124.240 |
| | HOSPITAL SAN ANTONIO - GUAMO | X | | 3271497 | 30/09/2025 | $ 214.138.347 |
| | HOSPITAL SAN ANTONIO - GUAMO | X | | 3271497 | 30/04/2026 | $ 154.459.500 |
| | HOSPITAL SAN ANTONIO - GUAMO | X | | 3271497 | 30/09/2026 | $ 208.304.672 |
| | HOSPITAL SAN ANTONIO - GUAMO | X | | 3271497 | 30/09/2026 | $ 164.703.600 |
| | HOSPITAL SAN ANTONIO - GUAMO | X | | 3271497 | 30/06/2028 | $ 233.518.800 |
| | HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA ESE | X | | 10.272803 | 23/01/2025 | $ 248.580.336 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| PRIMER APELLIDO MARINO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRES ANDREA DEL PILAR | |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACION<br>C.C. [X] C.E. [ ] PASAPORTE [ ] | NUMERO<br>47.056.231 | ACTUA EN CALIDAD DE<br>Representante Legal [X] | CAPACIDAD DE CONTRATACION<br>ILIMITADA |
| | | | |
| FIRMA | | FECHA DE DILIGENCIAMIENTO 15/05/2024 | |

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **41.058.231**

**MARIÑO**

APELLIDOS

**ANDREA DEL PILAR**

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **04-MAY-1980**

**LETICIA**
**(AMAZONAS)**
LUGAR DE NACIMIENTO

| 1.66 | A+ | F |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**25-JUN-1998 LETICIA**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

0043859 17A 3 6365252800

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto: 0 2 Actualización

4. Número de formulario: 141119797042

(415)7707212489984(8020) 000014111979704 2

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 4 1 0 5 8 2 3 1 | 4 | 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 | 4 1 0 5 8 2 3 1 | |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Amazonas 9 1 | Leticia 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| MARIÑO | | ANDREA | DEL PILAR |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Tolima 7 3 | Ibagué 0 0 1 |

41. Dirección principal: CONJ SALENTO TO 5 AP 101 BRR LA SAMARIA

42. Correo electrónico: tiempodeltolimacontabilidad@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 2 6 5 6 0 5 8 | 3 1 8 2 0 9 8 0 6 9 |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 0 0 1 0 | 2 0 0 7 0 7 0 9 | 8 2 9 9 | 2 0 1 4 1 0 0 1 | | | 3 4 1 4 | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 2 2 4 9

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

22- Obligado a cumplir deberes formales a

48 - No responsable de IVA

### Usuarios aduaneros

54. Código: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 / 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

### Exportadores

| 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 57. Modo | | | |
| | | 58. CPC | | | |

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2024-08-29 / 11:21:40AM

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:

66A. Nombre: MARIÑO ANDREA DEL PILAR

66B. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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 15 de mayo de 2026, a las 14:55:51, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 41058231 |
| Código de Verificación | 410582312605151455551 |

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

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 296068096

PIB
14:51:55
Hoja 1 de 01

Bogotá DC. 15 de mayo 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) ANDREA DEL PILAR MARIÑO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 41058231:

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 derivan 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.**

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA



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

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 02:54:58 PM horas del 15/05/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **41058231**

Apellidos y Nombres: **MARIÑO ANDREA DEL PILAR**

**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 toridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

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

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

DIJIN

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



Todos los derechos reservados.

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto: 0 2 Actualización

4. Número de formulario: 141238639344

(415)7707212489984(8020) 000014123863934 4

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

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de identificación | |
|---|---|---|---|
| Persona jurídica 1 | | | |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

35. Razón social
GRUPO EMPRESARIAL TEMPORALES DEL TOLIMA S.A.S

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| GRUPO EMPRESARIAL TEMPORALES DEL TOLIMA | |

## UBICACIÓN

| País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Tolima 7 3 | Ibagué 0 0 1 |

41. Dirección principal
CR 3 12 54 CC COMBEIMA OF 511 P 5

| 42. Correo electrónico | grupoempresarialtemporales@gmail.com | |
|---|---|---|
| 43. Código postal | 44. Teléfono 1: 3 1 7 6 3 8 6 1 9 3 | 45. Teléfono 2: 3 1 6 4 8 3 8 4 9 4 |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 7 8 2 0 | 2 0 2 0 1 2 1 5 | | | | | | 1 |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 7 | 1 4 | 4 2 | 4 8 | 5 2 | 5 5

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
14- Informante de exogena
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
2 - Facturador electrónico
5 - Informante de Beneficiarios Finales

### Usuarios aduaneros

54. Código: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

### Exportadores

55. Forma | 56. Tipo | Servicio 1 2 3 | 57. Modo | 58. CPC

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

**Para uso exclusivo de la DIAN**

59. Anexos: SI [ ] NO [X] | 60. No. de Folios: 0 | 61. Fecha: 2026-03-02 / 12:16:53PM

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 aceptó 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: MARIÑO ANDREA DEL PILAR

985. Cargo: Representante legal Certificado

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141238639344

(415)7707212489984(8020) 000014123863934 4

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

## Características y formas de las organizaciones

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 62. Naturaleza | 2 | 63. Formas asociativas | 1 2 | 64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados | |
| 65. Fondos | | 66. Cooperativas | | 67. Sociedades y organismos extranjeros | |
| 68. Sin personería jurídica | | 69. Otras organizaciones no clasificadas | | 70. Beneficio | 1 |

## Constitución, Registro y Última Reforma

| Documento | 1. Constitución | 2. Reforma |
|---|---|---|
| 71. Clase | 0 5 | |
| 72. Número | 1 2 2 3 | |
| 73. Fecha | 2 0 2 0 1 1 1 9 | |
| 74. Número de notaría | 5 | |
| 75. Entidad de registro | 0 3 | |
| 76. Fecha de registro | 2 0 2 1 0 1 1 4 | |
| 77. No. Matrícula mercantil | 0 0 0 0 3 2 4 7 6 6 | |
| 78. Departamento | 7 3 | |
| 79. Ciudad/Municipio | 0 0 1 | |

| Vigencia | | |
|---|---|---|
| 80. Desde | 2 0 2 1 0 1 1 4 | |
| 81. Hasta | 2 0 7 1 0 1 1 4 | |

## Composición del Capital

| | |
|---|---|
| 82. Nacional | 1 0 0 % |
| 83. Nacional público | 0 . 0 % |
| 84. Nacional privado | 1 0 0 . 0 % |
| 85. Extranjero | 0 % |
| 86. Extranjero público | 0 . 0 % |
| 87. Extranjero privado | 0 . 0 % |

## Entidad de vigilancia y control

86. Entidad de vigilancia y control

## Estado y Beneficio

| Ítem | 89. Estado actual | 90. Fecha cambio de estado | 91. Número de Identificación Tributaria (NT) | 92. DV |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 8 1 | 2 0 2 2 0 1 0 1 | | - |
| 2 | | | | - |
| 3 | | | | - |
| 4 | | | | - |
| 5 | | | | - |

## Vinculación económica

| 93. Vinculación económica | 94. Nombre del grupo económico y/o empresarial | 95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante | 96. DV |
|---|---|---|---|
| | | | |

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

| 170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior | 171. País | 172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP | |
|---|---|---|---|

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario
## Representación

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141238639344

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

**Representación**

**1**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| REPRS LEGAL PRIN 1 8 | 2 0 2 4 0 7 3 0 |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadani 1 3 | 4 1 0 5 8 2 3 1 | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| MARIÑO | | ANDREA | DEL PILAR |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| | | |

**2**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| | |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| | | |

**3**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| | |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| | | |

**4**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| | |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| | | |

**5**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| | |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| | | |

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario
## Revisor Fiscal y Contador

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141238639344

(415)7707212489984(8020) 000014123863934 4

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional (Impuestos y Actuaves de Bogot | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 9 0 1 4 4 5 0 1 1 | 1 | | |

### Revisor Fiscal y Contador

**Revisor fiscal principal**

| 124. Tipo de documento | 125. Número de identificación | 126. DV | 127. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 1 1 0 4 8 2 0 2 3 | 7 | 2 0 3 9 9 8 T |

| 128. Primer apellido | 129. Segundo apellido | 130. Primer nombre | 131. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| LOZANO | AROCA | JOHANNY | FERNANDO |

| 132. Número de identificación Tributaria (NIT) | 133. DV | 134. Sociedad o firma designada |
|---|---|---|
| | | |

| 135. Fecha de nombramiento |
|---|
| 2 0 2 4 0 1 2 2 |

**Revisor fiscal suplente**

| 136. Tipo de documento | 137. Número de identificación | 138. DV | 139. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 140. Primer apellido | 141. Segundo apellido | 142. Primer nombre | 143. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 144. Número de identificación Tributaria (NIT) | 145. DV | 146. Sociedad o firma designada |
|---|---|---|
| | | |

| 147. Fecha de nombramiento |
|---|
| |

**Contador**

| 148. Tipo de documento | 149. Número de identificación | 150. DV | 151. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 1 1 0 5 2 7 6 7 9 | 3 | 3 4 8 2 0 9 T |

| 152. Primer apellido | 153. Segundo apellido | 154. Primer nombre | 155. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| RUBIANO | CASTRO | JENIFER | PAOLA |

| 156. Número de identificación Tributaria (NIT) | 157. DV | 158. Sociedad o firma designada |
|---|---|---|
| | | |

| 159. Fecha de nombramiento |
|---|
| 2 0 2 5 1 2 0 1 |

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario
## Establecimientos

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141238639344

(415)7707212489984(8020) 000014123863934 4

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 15. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 9 0 1 4 4 5 0 1 1 | 1 | Impuestos y Aduanas de Ibagué | |

**Establecimientes, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios only, otros**

**1**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica | |
|---|---|---|
| Establecimiento de comerci 0 2 | Actividades de empresas de servicios temporales. 7 8 2 0 | |

162. Nombre del establecimiento: GRUPO EMPRESARIAL TEMPORALES DEL TOLIMA

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio | |
|---|---|---|
| Tolima 7 3 | Ibagué 0 0 1 | |

165. Dirección: CR 3 12 54 CC COMBEIMA OF 404

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil | |
|---|---|---|
| 0 0 0 0 3 2 4 7 6 7 | 2 0 2 1 0 1 1 4 | |
| 168. Teléfono: 3 1 6 4 8 3 8 4 9 4 | 169. Fecha de cierre | |

**2**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica | |
|---|---|---|
| | | |

162. Nombre del establecimiento

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio | |
|---|---|---|
| | | |

165. Dirección

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil | |
|---|---|---|
| | | |
| 168. Teléfono | 169. Fecha de cierre | |

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica | |
|---|---|---|
| | | |

162. Nombre del establecimiento

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio | |
|---|---|---|
| | | |

165. Dirección

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil | |
|---|---|---|
| | | |
| 168. Teléfono | 169. Fecha de cierre | |

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Declaración de renta y complementario para personas jurídicas y asimiladas y personas naturales y asimiladas no residentes y sucesiones ilíquidas de causantes no residentes, o de ingresos y patrimonio para entidades obligadas a declarar

PRIVADA

# 110

1. Año: 2025 — 29. Fracción año gravable siguiente: ☐

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 1117627484585





(415)7707123456789(8020) 0001117627484585 9

**Datos del declarante**

5. No. Identificación Tributaria (NIT): 901445011 — 6. DV.: 1

7. Primer apellido | 8. Segundo apellido | 9. Primer nombre | 10. Otros nombres

11. Razón social: GRUPO EMPRESARIAL TEMPORALES DEL TOLIMA S.A.S.

Consecutivo | 35. Cód. | 36. No. Formulario anterior | 12. Cód. Dirección Seccional: 9 | 34. Actividad económica principal: 7820

**Datos informativos**

37. Total costos y gastos del ejercicio: 7,840,293,000 — 38. Aportes al sistema de seguridad social: 611,623,000 — 39. Renuncia a pertenecer al Régimen Tributario Especial — 31. Valor pagado al exterior (otros por impuesto de renta): — 40. Aportes al SENA, ICBF, cajas de compensación: 223,316,000

## Patrimonio

| | | |
|---|---|---|
| Efectivo y equivalentes al efectivo | 20 | 1,075,266,000 |
| Inversiones e instrumentos financieros derivados | 21 | 0 |
| Cuentas, documentos y arrendamientos financieros por cobrar | 28 | 331,878,000 |
| Inventarios | 29 | 0 |
| Activos intangibles | 40 | 5,999,000 |
| Activos biológicos | 41 | 0 |
| Propiedades, planta y equipo, propiedades de inversión y ANCMV | 42 | 0 |
| Otros activos | 43 | 53,674,000 |
| **Total patrimonio bruto** | **44** | 1,466,817,000 |
| Pasivos | 45 | 942,660,000 |
| **Total patrimonio líquido** | **46** | 524,157,000 |

## Ingresos

| | | |
|---|---|---|
| Ingresos brutos de actividades ordinarias | 47 | 10,800,532,000 |
| Ingresos financieros | 48 | 2,169,000 |
| Dividendos y participaciones no constitutivas de renta ni ganancia ocasional | 49 | 0 |
| Dividendos y participaciones gravadas a la tarifa general (excepto las gravadas a la tarifa del 20% para sociedades de economía mixta) | 50 | 0 |
| Dividendos y participaciones gravadas a la tarifa especial (excepto las gravadas a la tarifa del 20% para sociedades de economía mixta) | 51 | 0 |
| Dividendos y participaciones gravadas a la tarifa del 20% para sociedades de economía mixta | 52 | 0 |
| Dividendos y participaciones gravadas a la tarifa del 33% (Ley 2277 / 2022) | 53 | 0 |
| Dividendos y participaciones gravadas a la tarifa del 35% (Ley 2277 / 2022) | 54 | 0 |
| Dividendos y participaciones gravadas a la tarifa del 10% (Ley 2277 / 2022) | 55 | 0 |
| Otros ingresos | 57 | 19,853,000 |
| **Total ingresos brutos** | **58** | 10,822,554,000 |
| Devoluciones, rebajas y descuentos en ventas | 59 | 1,137,621,000 |
| Ingresos no constitutivos de renta ni ganancia ocasional | 60 | 0 |
| **Total ingresos netos** | **61** | 9,684,933,000 |

## Costos y deducciones

| | | |
|---|---|---|
| Costos | 62 | 0 |
| Gastos de administración | 63 | 829,829,000 |
| Gastos de distribución y ventas | 64 | 8,587,147,000 |
| Gastos financieros | 79 | 28,098,000 |
| Otros gastos y deducciones | 66 | 0 |
| **Total costos y gastos deducibles** | **67** | 9,445,065,000 |

## ESAL (Art. 1.1)

| | | |
|---|---|---|
| Inversiones efectuadas en el año | 68 | 0 |
| Inversiones liquidadas de periodos gravados anteriores | 69 | 0 |

## Renta

| | | |
|---|---|---|
| Renta por recuperación de deducciones | 70 | 0 |
| Renta pasiva - EDE no residentes fiscal en Colombia | 71 | 0 |
| **Renta líquida ordinaria del ejercicio** | **72** | 239,868,000 |
| Pérdida líquida del ejercicio | 73 | 0 |
| Compensaciones | 74 | 0 |
| **Renta líquida** | **75** | 239,868,000 |
| Renta presuntiva | 76 | 0 |

## Renta

| | | |
|---|---|---|
| Renta exenta | 77 | 0 |
| Rentas gravables | 78 | 0 |
| **Renta líquida gravable** | **79** | 239,868,000 |

## Ganancias ocasionales

| | | |
|---|---|---|
| Ingresos por ganancias ocasionales | 80 | 0 |
| Costos por ganancias ocasionales | 81 | 0 |
| Ganancias ocasionales no gravadas y exentas | 82 | 0 |
| **Ganancias ocasionales gravables** | **83** | 0 |

## Liquidación privada

| | | |
|---|---|---|
| Sobre la renta líquida gravable | 84 | 83,954,000 |
| Renta presuntiva o la renta del 1.5% del patrimonio líquido del año inmediatamente anterior | 85 | 0 |
| De los bancos y corporaciones que a la renta del 1.5% en 2022 y el 0% en 2023 y siguientes (casa casilla 54) | 86 | 0 |
| De dividendos y participaciones gravadas a la tarifa del artículo 240 E.T. (casa casilla 55) | 87 | 0 |
| De dividendos y participaciones gravadas a la tarifa del 33% (casa casilla 56) | 88 | 0 |
| De dividendos y participaciones gravadas a la tarifa del 20% (casa casilla 57) | 89 | 0 |
| De dividendos y participaciones gravadas a la tarifa del 10% (casa casilla 58) | 90 | 0 |
| **Total impuesto sobre las rentas líquidas gravables** | **91** | 83,954,000 |
| Valor a adicionar (VAA) | 92 | 0 |
| Descuentos tributarios | 93 | 0 |
| **Impuesto neto de renta** (sin impuesto adicional(es)) | **94** | 83,954,000 |
| Impuesto a adicionar (IA) | 95 | 0 |
| **Impuesto neto de renta** (con impuesto adicional(es)) | **96** | 83,954,000 |
| **Impuesto de ganancias ocasionales** | **97** | 0 |
| Descuento por impuestos pagados en el exterior por ganancias ocasionales | 98 | 0 |
| **Total impuesto a cargo** | **99** | 83,954,000 |
| Valor inversión obras por impuestos hasta del 50% del valor de la casilla 99 (Modalidad de pago 1) | 100 | 0 |
| Descuento efectivo inversión obras por impuestos (Modalidad de pago 2) | 101 | 0 |
| Crédito fiscal artículo 256-1 E.T. | 102 | 0 |
| Anticipo renta liquidado año gravable anterior | 103 | 6,361,000 |
| Saldo a favor año gravable anterior sin solicitud de devolución y compensación | 104 | 0 |
| Retenciones: Autorretenciones | 105 | 26,454,000 |
| Otras retenciones | 106 | 16,331,000 |
| **Total retenciones año gravable a declarar** | **107** | 44,785,000 |
| Anticipo renta neto año gravable siguiente | 108 | 0 |
| Anticipo Puntos adicionales año gravable anterior | 109 | 0 |
| Anticipo Puntos adicionales año gravable siguiente | 110 | 0 |
| **Saldo a pagar por impuesto** | **111** | 32,808,000 |
| Sanciones | 112 | 0 |
| **Total saldo a pagar** | **113** | 32,808,000 |
| **Total saldo a favor** | **114** | 0 |
| Valor impuesto a pagar por otros por impuestos Modalidad de pago 1 | 115 | 0 |
| Valor total proyecto obras por impuestos Modalidad de pago 2 | 116 | 0 |
| Aporte voluntario Art. 256-1 E.T. | 117 | 0 |

861. Cód. Representación: ☐☐

Firma del declarante o de quien lo representa

862. Código Contador o Revisor Fiscal: ☐

Firma Contador o Revisor Fiscal — 324. Con salvedades: ☐

863. No. Tarjeta profesional

20261761801937

897. Espacio destinado para el sello de la entidad recaudadora

2025-05-12 / 01:57:59 PM

2 0 2 5 3 1 5 7 5 9

980. Pago total $: 0

999. Espacio para el número interno de la Dirección / Administración

91900446725553

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 15 de mayo de 2026, a las 14:53:53, el número de identificación de la Persona Jurídica, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Número de identificación tributario |
| No. Identificación | 9014450111 |
| Código de Verificación | 901445011126051514352 |

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: WFR

PROCURADURÍA
GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 296068214

PIB
14:53:00
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 15 de mayo del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), la persona GRUPO EMPRESARIAL TEMPORALES DEL TOLIMA S.A.S identificado(a) con NIT número 9014450111:

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.**

**CERTIFICADO DEL REVISOR FISCAL**

Ibagué, 19 de junio de 2026

En mi calidad de Revisor fiscal de la sociedad **GRUPO EMPRESARIAL TEMPORALES DEL TOLIMA S.A.S**, IDENTIFICADO CON NIT **901.445.011-1** he efectuado los procedimientos de revisión de acuerdo a las normas de auditoria generalmente aceptadas, con el propósito de verificar el pago efectuado por la entidad respecto de los pagos laborales y todos los aportes al sistema de seguridad social, (salud, pensión, ARL y parafiscales), de los últimos seis meses incluyendo el mes de junio de 2026. Valor cancelado que corresponde al pago de seguridad social de mayo (pensión) y junio (salud) del año 2026. El pago de dichos aportes es responsabilidad de la administración de la empresa como parte de su gestión. Dichos pagos se vienen realizando vía electrónica, mediante la (PILA) planilla integrada de liquidación de aportes, operador aportes en línea.

Mi responsabilidad de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 del 27 de diciembre de 2002, es emitir un informe certificado el cumplimento de dichas obligaciones.

**JOHANNY FERNANDO LOZANO AROCA**
**T.P 203998-T**
**REVISOR FISCAL**

**ANDREA DEL PILAR MARIÑO**
**CC 41.058.231 LETICIA**
**REPRESENTANTE LEGAL**

47

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

8D690FEB3D7BB996

**LA REPUBLICA DE COLOMBIA**

**MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO**

**UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL**

**JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

**CERTIFICA A:**
QUIEN INTERESE

Que el contador público **JOHANNY FERNANDO LOZANO AROCA** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1110482023 de IBAGUE (TOLIMA) Y Tarjeta Profesional No 203998-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

**NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS** ***********************************
*****************************************************************************
*****************************************************************************

Dado en BOGOTA a los 13 días del mes de Mayo de 2026 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARROS PULIDO
**DIRECTOR GENERAL**

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

CÉDULA DE CIUDADANÍA

# REPÚBLICA DE COLOMBIA



NUIP 1.110.482.023

Apellidos
LOZANO AROCA

Nombres
JOHANNY FERNANDO

| Nacionalidad | Estatura | Sexo |
|---|---|---|
| COL | 1.75 | M |

Fecha de nacimiento
11 MAR 1989

G.S
O+

Lugar de nacimiento
IBAGUE (TOLIMA)

Fecha y lugar de expedición
14 MAR 2007, IBAGUE

Firma

Fecha de estimación
25 MAYO 2032

.00

0024028317

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL0024028374290O1<<<<<<<<<<
8903118M3205253COL1110482023<4
LOZANO<AROCA<<JOHANNY<FERNANDO



República de Colombia
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

203998-T

JOHANNY FERNANDO
LOZANO ARDOS
C.C. 1110482023
RESOLUCION INSCRIPCION 396 FECHA 13/07/2015
UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

DIRECTOR GENERAL

JULIO CESAR ACUÑA GONZALEZ Z17804



206323

Esta tarjeta es el unico documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la ley 43 de 1990.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX: 644 44 50 o devolverla a la UAE - Junta Central de Contadores a la calle 96 No. 9A - 21 Bogota D.C.

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

| Tipo de declaración | PERIÓDICO | Fecha de publicación | 2026-05-19 16:54 |
|---|---|---|---|

Razón social

GRUPO EMPRESARIAL TEMPORALES DEL TOLIMA ESE - GRUPO

NIT

| 901445011 | DV | 1 |
|---|---|---|

Lugar de ubicación

| País | COLOMBIA | Departamento | TOLIMA | Municipio | IBAGUÉ |
|---|---|---|---|---|---|

Clase de entidad

Otra

Si es otra, cual? SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA

Actúa en carácter de Representante Legal Sí [X] No [ ]

Servicios de la entidad:

EMPRESA DE SREVICIOS TEMPORALES

Nombres y apellidos completos del representante legal

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| ANDREA | DEL PILAR | MARIÑO | |

Documento de identificación del representante legal

| Tipo | CEDULA DE CIUDADANIA | Número | 41058231 |
|---|---|---|---|

Lugar de nacimiento del representante legal

| País | COLOMBIA | Departamento | TOLIMA | Municipio | IBAGUÉ |
|---|---|---|---|---|---|

Lugar de domicilio del representante legal

| País | COLOMBIA | Departamento | TOLIMA | Municipio | IBAGUÉ |
|---|---|---|---|---|---|

| | |
|---|---|
| Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje | HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA IBAGUE |

Lugar de sede

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| País | COLOMBIA | Departamento | TOLIMA | Municipio | IBAGUÉ |

| | |
|---|---|
| Dirección | ["Calle 33 # 4A-50\r\nSede Unidad de Salud La Francia"] |
| Cargo o función que cumple | CONTRATISTA |

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

## 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN LA LEY 2013 DE 2019, A CONTINUACIÓN RELACIONO LOS BIENES Y RENTAS DEL ÚLTIMO AÑO GRAVABLE DE GRUPO EMPRESARIAL TEMPORALES DEL TOLIMA ESE.

### 1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuvo GRUPO EMPRESARIAL TEMPORALES DEL TOLIMA ESE en el año gravable 2025 fueron:

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| Ingresos por la actividad ordinaria - operacionales | $9.662.911.000,00 |
| Ingresos no operacionales | $2.169.000,00 |
| Otros | |
| TOTAL | $9.665.080.000,00 |

Las cuentas bancarias de GRUPO EMPRESARIAL TEMPORALES DEL TOLIMA ESE en Colombia y en el exterior son:

| Tipo de cuenta | Sede de la cuenta (País) | Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior |
|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | COLOMBIA | $1.016.123.688,00 |

Los bienes patrimoniales de GRUPO EMPRESARIAL TEMPORALES DEL TOLIMA ESE son los siguientes:

| Tipo de bien | País | Departamento | Municipio | Valor |
|---|---|---|---|---|
| 0 | COLOMBIA | TOLIMA | IBAGUÉ | $0,00 |

Las acreencias y obligaciones vigentes de GRUPO EMPRESARIAL TEMPORALES DEL TOLIMA ESE a la fecha son:

| Concepto | Saldo |
|---|---|
| OBLIGACIONES LABORALES | $583.687.954,00 |

## 2. CONFLICTOS DE INTERÉS

A continuación, procedo a publicar y divulgar proactivamente la información que, en mi calidad de representante legal de GRUPO EMPRESARIAL TEMPORALES DEL TOLIMA ESE, es susceptible de generar un posible conflicto de interés a esta persona jurídica, en cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 2013 de 2019 y conforme con lo señalado en el artículo 11 de la Ley 1437 de 2011.

### 2.1. POSIBLES CONFLICTOS POR RELACIONES QUE TIENEN LA PERSONA JURÍDICA O EL REPRESENTANTE LEGAL

¿Es usted representante, apoderado, dependiente, mandatario o administrador de los negocios de algún servidor público que adelanta o sustancia actuaciones administrativas, realiza investigaciones, practica pruebas o pronuncia decisiones definitivas de la entidad con la cual GRUPO EMPRESARIAL TEMPORALES DEL TOLIMA ESE celebra(rá) contratos o para la cual administra(rá) o ejecuta(rá) bienes o recursos públicos?

Sí [ ] No [X]

Descripción del posible conflicto de interés porque usted es representante, apoderado, dependiente, mandatario o administrador de los negocios de algún servidor público que adelanta o sustancia actuaciones administrativas, realiza investigaciones, practica pruebas o pronuncia decisiones definitivas de la entidad con la cual GRUPO EMPRESARIAL TEMPORALES DEL TOLIMA ESE celebra(rá) contratos o para la cual administra(rá) o ejecuta(rá) bienes o recursos públicos:

¿La persona jurídica que usted representa tiene litigio o controversia ante autoridades administrativas, jurisdiccionales o denuncias penales con la entidad con la cual GRUPO EMPRESARIAL TEMPORALES DEL TOLIMA ESE celebra(rá) contratos o para la cual administra(rá) o ejecuta(rá) bienes o recursos públicos?

Sí [ ] No [X]

Descripción del posible conflicto de interés porque la persona jurídica que usted representa tiene litigio o controversia ante autoridades administrativas, jurisdiccionales o denuncias penales con la entidad con la cual GRUPO EMPRESARIAL TEMPORALES DEL TOLIMA ESE celebra(rá) contratos o para la cual administra(rá) o ejecuta(rá) bienes o recursos públicos:

¿Existe enemistad grave por hechos ajenos a la actuación administrativa, o amistad entrañable entre usted y el servidor público que adelanta o sustancia actuaciones administrativas, realiza investigaciones, practica pruebas o pronuncia decisiones definitivas de la entidad con la cual GRUPO EMPRESARIAL TEMPORALES DEL TOLIMA ESE celebra(rá) contratos o para la cual administra(rá) o ejecuta(rá) bienes o recursos públicos?

Sí [ ] No [X]

Descripción del posible conflicto de interés porque existe enemistad grave por hechos ajenos a la actuación administrativa, o amistad entrañable entre usted y el servidor público que adelanta o sustancia actuaciones administrativas, realiza investigaciones, practica pruebas o pronuncia decisiones definitivas de la entidad con la cual GRUPO EMPRESARIAL TEMPORALES DEL TOLIMA ESE celebra(rá) contratos o para la cual administra(rá) o ejecuta(rá) bienes o recursos públicos:

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

¿GRUPO EMPRESARIAL TEMPORALES DEL TOLIMA ESE realizó donaciones?

Sí [ ] No [X]

Las donaciones realizadas por GRUPO EMPRESARIAL TEMPORALES DEL TOLIMA ESE que le representaron reducciones en la declaración de renta en el último año y los nombres de las instituciones a las cuales hizo esas donaciones son:

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

2.3. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

GRUPO EMPRESARIAL TEMPORALES DEL TOLIMA ESE, o yo, en mi calidad de su representante legal, tenemos otro(s) potencial(es) conflicto(s) de interés:

Si: [ ] No [X]

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

Los potenciales conflictos personales de interés son:

| |
|---|
| |

Federico Lleras Acosta
EL HOSPITAL DE TODOS
Nit: 890706833-9

**LA SUSCRITA PROFESIONAL ESPECIALIZADA DE LA OFICINA DE GESTION DEL TALENTO HUMANO DEL HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE – TOLIMA E.S.E**

**En cumplimiento de lo dispuesto en el numeral 3 del artículo 32 de la ley 80 de 1993, inciso 2 del artículo 1 del decreto 2209 de 1998, del literal h) del numeral 4 del artículo 2 de la ley 1150 de 2007, manual de contratación y atendiendo las disposiciones legales sobre la materia.**

**CERTIFICA:**

Que revisada la planta de personal permanente y temporal del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué – Tolima E.S.E., Se determinó que no existe personal de planta suficiente ni con la especialización necesaria para desarrollar las actividades de prestación de servicios de apoyo a la gestión para el desarrollo del proceso de referencia, contrarefernicia y apoyo diagnóstico del hospital Federico lleras acosta de Ibagué E.S.E.

La presente certificación se expide para que obre como soporte en el expediente contractual que reposa en la oficina asesora jurídica.

Dado en Ibagué, a los (10) días del mes de junio de 20256

**ANGELICA DEL PILAR PEÑA TRUJILLO**
Profesional Especializada
Gestión del Talento Humano

| Federico Lleras Acosta | GESTIÓN JURIDICA | Código: GJ-FR-095 |
|---|---|---|
| | | Versión: 02 |
| | FORMATO CERTIFICADO DE IDONEIDAD | Vigente desde: 03/10/2013 |

EL SUSCRITO PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE URGENCIAS DEL HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ – TOLIMA E.S.E.

En cumplimiento de lo dispuesto en el numeral 3 del artículo 32 de la ley 80 de 1993, inciso 2 de la articulo 1 del decreto 2209 de 1998, del literal h) del numeral 4 del artículo 2 de la ley 1150 de 2007, en concordancia con lo dispuesto en el estatuto de contratación

CERTIFICA QUE

Con el fin de contar con una persona jurídica para contratar la prestacion de servicios de actividades de conduccionde vehiculos de trasnportes asistencias! básico y medicalizado, unidad movil del banco de sangre, transporte administrativo y de apoyo logistico que requieren distintas áreas en las sedes Francia y Limonar en el Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué Tolima E.S.E, se procede a realizar el análisis de la experiencia e idoneidad para la celebración del presente contrato de Prestación de Servicios con GRUPO EMPRESARIAL TEMPORALES DEL TOLIMA S.A.S, identificado con el NIT No. 901.445.011-1.

De conformidad con la oferta de servicios, hoja de vida, certificaciones, y antecedentes disciplinarios, fiscales y judiciales radicados oportunamente y como resultado del análisis y valoración que de los mismos se realizó, GRUPO EMPRESARIAL TEMPORALES DEL TOLIMA S.A.S se encuentra apto para la prestacion del desarrollo de actividades de Conduccion de vehiculos de transporte asistencial básico y medicalizado, unidad movil del banco de sangre, transporte administrativo y de apoyo logistico que requieren distintas áreas en las sedes Francia y Limonar de la Unidad Funcioanl de Urgencias del Hospital FedericoLlleras Acosta de Ibagué Tolima E.S.E, por sus condiciones de idoneidad y experiencia.

La capacidad e idoneidad y experiencia para la ejecución del contrato está demostrada por los siguientes criterios:

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE PERSONA A CONTRATAR | GRUPO EMPRESARIAL TEMPORALES DEL TOLIMA S.A.S. | | |
| TITULO PROFESIONAL | Medicina General | | |
| FECHA DE GRADO O TERMINACIÓN DE MATERIAS | | No. TARJETA PROFESIONAL | |
| | | FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA TARJETA PROFESIONAL | |
| POSTGRADO | ESPECIALIDAD - | | |
| | SUB-ESPECIALIDAD - Titulo fecha | | |
| PERFIL A CONTRATAR CON LA ENTIDAD | PRESTACION DE SERVICIOS PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE CONDUCCION DE VEHICULOS DE TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO Y MEDICALIZADO, UNIDAD MOVIL DEL BANDO DE SANGRE. TRANSPORTE ADMINISTRATIVO Y DE APOYO LOGISTICO QUE REQUIEREN DISTINTAS AREAS DE LS INSTITUCIONES EN LAS SEDES FRANCIA Y LIMONAR, PAR EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES LOGISTICAS-OPERTIVAS INTERNAS Y EXTERNAS DEL HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE TOLIMA E.S.E. | | |
| EXPERIENCIA ACREDITADA | | | |

El Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E declara que la versión vigente y controlada de este documento solo podrá ser consultada en la INTRANET Institucional; toda copia o impresión de este se considera como documento NO CONTROLADO

| EMPRESA O ENTIDAD | FECHA DE INICIO | FECHA FINAL | TIEMPO LABORADO O EJECUTADO |
|---|---|---|---|
| HFLLA | 07/01/2022 | 22/09/2022 | 8 Meses |
| HFLLA | 23/09/2022 | 22/01/2023 | 4 Meses |
| HFLLA | 24/01/2024 | 23-09/024 | 8 Meses |
| HFLLA | 24/09/2024 | 23/01/2025 | 4 Meses |
| HFLLA | 03/02/2025 | 02/07/2025 | 5 Meses |
| HFLLA | 03/07/2025 | 02/01/2026 | 6 Meses |
| HFLLA | 03/02/2026 | 02/07/2026 | 6 Meses |

| CAPACIDAD | CUMPLE | |
|---|---|---|
| | SI | NO |
| Hoja de vida en formato único | X | |
| Formato de declaración de bienes y rentas | X | |
| Constancia de afiliación al sistema de seguridad social | X | |
| Registro único tributario | X | |
| Fotocopia de la cédula | X | |
| Antecedentes fiscales, disciplinarios, penales y RNMC (persona natural o representante legal persona jurídica) | X | |
| Camara de comercio (aplica para persona jurídica)- Actividad economica acorde al objeto a contratar | NA | |
| Que el personal contratado por la persona jurídica no se encuentra vinculado al hospital mediente ningun otro tipo de contratacion (APLICA PARA PERSONA JURIDICA) | NA | |
| El contratista declaró por escrito que no se encuentro incurso(a) en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad establecidas en la Ley 80 de 1993 y demás normas sobre la materia | X | |

| IDONEIDAD | CUMPLE | |
|---|---|---|
| | SI | NO |
| El contratista presentó diplomas y otros documentos que acreditan un perfil profesional acorde con el servicio requerido | X | |

| EXPERIENCIA | CUMPLE | |
|---|---|---|
| | SI | NO |
| El contratista presentó documentos y certificaciones que acreditan la experiencia requerida | X | |

En consecuencia, certifico que GRUPO EMPRESARIAL TEMPORALES DEL TOLIMA S.A.S. cumple los requisitos técnicos y específicos esenciales requeridos en los Estudios Previos y resulta conveniente para el **HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ – TOLIMA** E.S.E suscribir un contrato de prestación de Servicios Profesionales para contratar la prestacion de servicios de actividades de conduccionde vehiculos de trasnportes asistencialbásico y medicalizado, unidad movil del banco de sangre, transporte administrativo y de apoyo logistico que requieren distintas áreas en las sedes Francia y Limonar en el Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué Tolima E.S.E, se procede a realizar el análisis de la experiencia e idoneidad para la celebración del presente contrato de Prestación de Servicios con **GRUPO EMPRESARIAL TEMPORALES DEL TOLIMA S.A.S.**

| | |
|---|---|
| FECHA DE VALIDACION HOJA DE VIDA | 23/06/2026 |
| Dado en Ibagué a los 23 días del mes de junio de 2026, | |
| NATALIA ANDREA QUINTERO GUZMÁN<br>CARGO: Profesional Especializado Área Salud | Natalia |

**El Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E declara que la versión vigente y controlada de este documento solo podrá ser consultada en la INTRANET Institucional; toda copia o impresión de este se considera como documento NO CONTROLADO**

| Federico Lleras Acosta | GESTION TECNOLOGIA DE LA INFORMACION\| | CÓDIGO: GA-FR-138 |
|---|---|---|
| | | Versión: 2 |
| | FORMATO ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACION DE INFORMACION | Vigente desde: 03/07/2024 |
| | | Página: 1 de 2 |

**DIVULGANTE:** Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué E-S-E

**RECEPTOR**:

PROVEEDOR [ ] CONTRATISTA DE SERVICIOS [X] T.H DE LA EMPRESA [ ]
ESTUDIANTE [ ] RESIDENTE [ ] VISITANTE [ ] OTRO [ ]
CUAL OPS.

**Para lo cual se tienen las siguientes cláusulas:**

**PRIMERA.- Objeto.** Reglamentar el uso de la información dispuesta por EL DIVULGANTE para el RECEPTOR, ya sea de forma oral, gráfica o escrita para el desarrollo de los procesos de Direccionamiento, Misionales y de Apoyo logístico del Hospital Federico Lleras Acosta ESE.

**SEGUNDA.- USO** El uso de la información, que en razón a sus funciones, conozca EL RECEPTOR por parte del DIVULGANTE, debe realizarse con responsabilidad, obligándose a mantener la más estricta confidencialidad respecto de dicha información.

2. EL RECEPTOR no podrá reproducir, modificar, hacer pública o divulgar a terceros la información obtenida en razón a sus funciones, y objeto del presente Acuerdo, sin previa autorización escrita y expresa del DIVULGANTE.

3. De igual forma, EL RECEPTOR adoptará respecto de la información objeto de este Acuerdo y conocida en razón de sus funciones, las mismas medidas de seguridad que adoptaría normalmente respecto a la información confidencial de su propiedad, evitando en la medida de lo posible su pérdida, robo o sustracción.

**TERCERA.-** Sin perjuicio de lo estipulado en el presente Acuerdo, ambas partes aceptan que la obligación de confidencialidad no se aplicará en los siguientes casos:

a) Cuando la información se encontrara en el dominio público en el momento de su suministro al RECEPTOR o, una vez suministrada la información, ésta acceda al dominio público sin infracción de ninguna de las estipulaciones del presente Acuerdo.

b) Cuando la legislación vigente o un mandato judicial exija su divulgación. En ese caso, EL RECEPTOR notificará al DIVULGANTE tal eventualidad y hará todo lo posible por garantizar que se dé un tratamiento confidencial a la información.

| Federico Lleras Acosta | GESTION TECNOLOGIA DE LA INFORMACION\| | CÓDIGO: GA-FR-138 |
|---|---|---|
| | | Versión: 2 |
| | FORMATO ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACION DE INFORMACION | Vigente desde: 03/07/2024 |
| | | Página: 2 de 2 |

**CUARTA.-** Los derechos de propiedad intelectual de la información objeto de este Acuerdo pertenecen al DIVULGANTE y el hecho de revelarla al RECEPTOR para el fin mencionado en la Estipulación Primera no cambiará tal situación.

En caso de que la información resulte revelada o divulgada o utilizada por EL RECEPTOR de cualquier forma distinta al objeto de este Acuerdo, ya sea de forma dolosa o por mera negligencia, habrá de indemnizar al DIVULGANTE los daños y perjuicios ocasionados, sin perjuicio de las acciones civiles o penales que puedan corresponder a este último.

**QUINTA.-** Las partes se obligan a devolver cualquier documentación, antecedentes facilitados en cualquier tipo de soporte y, en su caso, las copias obtenidas de los mismos, que constituyan información amparada por el deber de confidencialidad objeto del presente Acuerdo en el supuesto de que cese la relación entre las partes por cualquier motivo.

Y en señal de expresa conformidad y aceptación de los términos recogidos en el presente Acuerdo, lo firman las partes:

Fecha: 27 Junio 2026 Ciudad: Ibagué

**DIVULGANTE**

HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ E-S-E

**RECEPTOR**

NOMBRE: Andrea del Pilar Marino

No. C.C: 41-058-231

FIRMA:

| Federico Lleras Acosta | GESTIÓN ADMINISTRATIVA | CÓDIGO: GA-FR-136 |
|---|---|---|
| | | Versión: 3 |
| | FORMATO AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES | Vigente desde: 27/07/2023 |
| | | Página: 1 de 2 |

En cumplimiento de lo dispuesto en la ley 1581 de 2012 reglamentada por el Decreto 1377 de 2013, sobre la protección de datos personales el responsable del tratamiento de sus datos personales es el Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E. Ibagué-Tolima, identificado con Nit: 890.706.833-9, ubicado en la Calle 33 No. 4A - 50 de la ciudad de Ibagué, y, en tal virtud, podrá directamente o a través de terceros designados o encargados por el mismo, recolectar, almacenar, usar, poner en circulación o suprimir la información personal suministrada, en los diferentes procesos tanto misionales como administrativos y de apoyo logístico del Hospital para las finalidades establecidas en la presente autorización.

Por favor marcar según corresponda:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ___ | Aspirante | ___ | Estudiante | ___ | Pacientes y Acompañantes |
| ___ | Veedor | ___ | Empleado o Exempleado | | |

| | |
|---|---|
| X | Proveedores y Contratistas |
| | Otro. ¿Cual? OPS |

| | |
|---|---|
| GENERALES | La ejecución del contrato suscrito con cualquier persona que se encuentre en relación con EL HOSPITAL.<br>Pago de obligaciones contractuales.<br>Envío de información a entidades gubernamentales o judiciales por solicitud expresa de la misma.<br>Soporte en procesos de auditoria externa/interna.<br>Envío/recepción de mensajes con fines comerciales, publicitarios, y/o de atención al cliente.<br>Registro de la información de los candidatos, usuarios, pacientes, empleados, proveedores y/o terceros en la base de datos de EL HOSPITAL.<br>Contacto con candidatos, usuarios, pacientes, empleados, proveedores y/o terceros para el envío de información relacionada con la relación contractual, comercial y obligacional a que haya lugar.<br>Recolección de datos para el cumplimiento de los deberes que como Responsable de la información y datos personales que le corresponde a EL HOSPITAL.<br>Con propósitos de seguridad o prevención de fraude.<br>Actualización de datos entregados por el Titular.<br>Atención efectiva al usuario y cualquier otra finalidad que resulte en el desarrollo del contrato o la relación entre el titular de los datos y EL HOSPITAL. |

**Además de las finalidades generales, existen finalidades particulares, atendiendo a la relación que tienen los titulares de los datos personales con el Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E., como a continuación se describen**

| | |
|---|---|
| ASPIRANTES | Cumplir con el proceso de afiliación al Sistema General de Seguridad Social Integral.<br>Apertura de acceso a plataformas tecnológicas propias de la organización.<br>Realización de procesos de elección y promoción interna. |
| ESTUDIANTES | Para fines investigativos, científicos, formativos y educativos.<br>Para el diligenciamiento de encuestas, formularios y evaluación de convenios Docencia-Servicio.<br>Realización de publicaciones internas y externas.<br>Informar y conformar procesos de elección y promoción interna. |
| PACIENTES Y ACOMPAÑANTES | Validar la información en cumplimiento de las exigencias legales.<br>Para el tratamiento de los datos personales protegidos por nuestro ordenamiento jurídico.<br>Para el tratamiento y protección de los datos de contacto (direcciones de correo físico, electrónico, redes sociales y teléfono).<br>Para solicitar y recibir de las instituciones y entidades de derecho público y/o empresas de carácter privado la información personal, financiera, académica, laboral y de seguridad social, que reposa en sus bases de datos.<br>Preservar y conservar los datos clínicos y médicos por el tiempo que ordene la ley o por mandato de autoridad competente.<br>Almacenar los datos contenidos en la historia clínica del paciente para el cumplimiento de los servicios médicos y hospitalarios.<br>Obtener datos fundamentales para la investigación médica, clínica y epidemiológica, al igual que la identificación de avances clínicos, científicos y tecnológicos.<br>Ofrecer información sobre campañas educativas y programas especiales relacionados con la promoción y prevención en salud.<br>Mantener una comunicación con los titulares de los datos personales, relativa al desarrollo de las actividades propias del Hospital.<br>Cumplir con las obligaciones legales y contractuales en las que se requiera recaudar información personal mediante la elaboración de Bases de Datos para efectos de control, supervisión y auditorías, y proyectos llevados a cabo por la entidad.<br>Obtener datos fundamentales para la investigación clínica y epidemiológica.<br>Lograr una eficiente comunicación relacionada con nuestros servicios y alianzas, por diferentes medios.<br>Ofrecer información sobre campañas, programas especiales.<br>Informar e invitar a campañas de mercadeo, promoción de servicios y educación al usuario.<br>Realizar encuesta de satisfacción de servicios y atenciones prestadas.<br>Elaboración de informes a las autoridades legales competentes de problemáticas sociales identificadas en el proceso de Atención, Abuso sexual, violencia intrafamiliar, Abandono Social y maltrato infantil.<br>Diligenciamiento de estudio socioeconómicos de acuerdo a situaciones sociales presentadas.<br>Contratación, gestión y seguimiento a solicitudes de mejoramiento, peticiones y sugerencias.<br>Evaluar la calidad de los servicios ofrecidos por la institución. |
| PROVEEDORES Y CONTRATISTAS | Mantener una comunicación con los titulares de los datos personales, relativa al desarrollo de las actividades propias de la entidad de acuerdo a los perfiles de cada tipo de base de datos que posee la entidad.<br>Realizar labores y gestiones de mercadeo para efectos de mejorar los servicios prestados por la entidad y mejorar el relacionamiento con proveedores y contratistas.<br>Mantener un consolidado de los usuarios del dominio web y la realización de estadísticas, encuestas y demás actividades tendientes a la consecución de indicadores o información relevante para el cumplimiento del objeto social.<br>Cumplir con las obligaciones legales y contractuales en las que se requiera recaudar información personal mediante la elaboración de Bases de Datos para efectos de control, supervisión y auditorías, y proyectos llevados a cabo por la entidad.<br>Evaluar la calidad de los servicios ofrecidos por HOSPITAL.<br>Desarrollar el objeto social de HOSPITAL conforme a sus estatutos.<br>Cumplir lo dispuesto por el ordenamiento jurídico colombiano en materia laboral, fiscal, tributaria y mercantil. |

| Federico Lleras Acosta | GESTIÓN ADMINISTRATIVA | CÓDIGO: GA-FR-136 |
|---|---|---|
| | | Versión: 3 |
| | AUTORIZACION PARA RECOLECCION Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES | Vigente desde: 27/07/2023 |
| | | Página: 2 de 2 |

| FINALIDAD | |
|---|---|
| EMPLEADOS Y EX EMPLEADOS | Cumplir lo dispuesto por el ordenamiento jurídico colombiano en materia laboral y de seguridad social, entre otras, aplicables a empleados, ex empleados, empleados en misión, empleados temporales, empleados actuales y candidatos a futuro empleo.<br>Almacenar la información concerniente a la hoja de vida de cada uno de los empleados y ex empleados.<br>Realización de publicaciones internas y externas.<br>Apertura de acceso a plataformas tecnológicas propias de la organización.<br>Brindar información a empresas que soliciten verificar datos laborales de los empleados para autorización de créditos de dinero o créditos comerciales. (Previa verificación de fuente y uso de datos, se debe centrar en la verificación más no en el suministro de la información).<br>Ser contactado directamente en caso de ser requerido, en razón de sus funciones.<br>Detectar las necesidades de capacitación e implementar acciones que permitan el desarrollo de los centros de excelencia y la alta complejidad del Hospital.<br>Emitir certificaciones relativas a su condición de empleado, tales como certificados de ingresos y retenciones, constancias laborales, entre otros.<br>Informar y conformar procesos de elección y promoción interna. |
| VEEDORES | Para el diligenciamiento de encuestas, formularios y evaluación de indicadores de oportunidad y calidad de los servicios.<br>Para comunicar información sobre servicios de salud, actividades, eventos académicos e institucionales.<br>Para solicitud y trazabilidad de información entregada de carácter asistencial.<br>Para temas relacionados en reuniones y convocatorias de comités de Ética Hospitalaria y Alianza de usuarios.<br>Contestación, gestión y seguimiento a solicitudes de mejoramiento, peticiones, quejas, sugerencias y reclamos. |

## DECLARACIÓN:

Yo:_____mayor de edad, identificado(a) como aparece al pie de mi firma, AUTORIZO de manera previa, expresa, informada e inequívoca al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE E.S.E, para que directamente o a través de terceros designados o encargados por el mismo, recolecte, almacene, use, ponga en circulación o suprima la información personal suministrada, para los diferentes procesos tanto misionales como administrativos y de apoyo logístico del Hospital.

En cuanto a la recolección de datos biométricos (huella dactilar):
(a) Reconozco que el ingreso de información personal, lo realizo de manera libre y voluntaria dando cumplimiento a la solicitud de requerimientos específicos del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué-Tolima E.S.E.
(b) El Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué-Tolima E.S.E se compromete a no ceder ni compartir los datos recibidos en el Aplicativo Dinámica Gerencial Hospitalaria sin mi consentimiento y aprobación expresa.
(c) El tratamiento de este dato sensible será utilizado exclusivamente para cotejar mi identidad con la Base de Datos del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué-Tolima E.S.E, con la finalidad de desarrollar las funciones propias de la entidad.

Así mismo, el Hospital y sus encargados garantizarán el ejercicio de los derechos del titular a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada, ser informado respecto del uso que se le ha dado a su información personal, acceder en forma gratuita a los datos que hayan sido objeto de Tratamiento, presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la normatividad vigente y revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales.

La Política de Tratamiento de Datos Personales, se encuentra disponible en la Página Web del Hospital: www.hfleras.gov.co.
De conformidad con lo anterior, firmo como constancia en la ciudad de Ibague a los (22) veinti dias del mes de junio del Año 2026

Firma: [signature]
Nombre: Andrea del Pilar Marino
C.C No: 1.110.458.231 de: Leticia.

**En caso que el titular de la información sea un paciente menor de edad, debe autorizar un adulto responsable:**

Fecha de Autorización: _____

Nombre del menor de edad:_____

Documento de Identidad:_____Tipo: NUIT____ TI:____Otro_____

Dirección de Correspondencia:_____

Ciudad:_____Teléfono Fijos:_____

Celular:_____E-mail:_____

Nombre del acudiente responsable del paciente menor :_____

Firma del acudiente responsable del paciente menor :_____Parentesco_____

| FORMATO DECLARACIÓN ANUAL DE INTERESES PARTICULARES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CODIGO: GA-FR-168 | FECHA DE ELABORACIÓN: 19/03/2021 | FECHA DE ACTUALIZACIÓN: No aplica | VERSIÓN: 1 | PÁGINA: 1 DE 1 | |

FORMATO DE DECLARACIÓN DE INTERESES PARTICULARES DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

Anual___

Al momento de la vinculación_X_

Yo Andres del pilar Moreno identificado(a) con cédula de ciudadanía N.° 41515231 de Leticia vinculado(a) a esta entidad en calidad de:

Directivo ____
Ordenador del gasto____
Supervisor de contrato____
Responsable del proceso de inspección y vigilancia_____
Interventor_____
Responsable del control interno_____
Responsable del proceso de contratación_____
Responsable de la pagaduría_____
Responsable de la tesorería_____
Otro ____ ¿Cuál?_____

en el cargo específico o contrato:_____ en la siguiente dependencia o área de trabajo:_____

Entiendo la presente como una medida preventiva, manifiesto mi voluntad de asumir, de manera unilateral, la presente declaración de intereses particulares, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

- Que es mi interés atender la política de integridad y cumplir con los valores del servicio público del código de integridad.
- Que los conflictos de intereses se pueden presentar cuando el deber propio de la función pública se ve afectado por intereses particulares, los cuales podrían influir real o ficticiamente en la forma correcta del ejercicio de funciones y responsabilidades oficiales.
- Que conozco lo dispuesto sobre conflictos de intereses en la normatividad vigente : Código Disciplinario Único , el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 1474 de 2011.
- Que conozco las inhabilidades e incompatibilidades en mi calidad de servidor público o particular que cumple funciones públicas.

Por lo anterior, a continuación me permito declarar mis intereses particulares:

1. Participación en sociedades y vinculación laboral

Las siguientes son las sociedades, empresas, negocios, fundación, asociación u organización con o sin ánimo de lucro, de las cuales soy dueño, socio, representante legal, directivo o empleado, o lo he sido en los últimos 5 años:

Entidad o negocio: _____
Tipo de participación: _____
Fechas de ingreso y salida: _____
Compromiso vigente de confidencialidad: SI/NO

2. Actividades económicas o profesionales de los parientes cercanos, cónyugue o compañero permanente

A continuación registro a mis familiares: cónyuge, compañero(a) permanente y parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, que por su sus actividades económicas o profesionales de carácter privado podrían generar un potencial conflicto de intereses:

Nombres y apellidos del familiar:_____
Número de documento de identidad:_____
Tipo y grado de parentesco:_____
Descripción de actividades económicas o profesionales:_____
Fechas de ingreso y salida:_____

... interés particular

Describa otras posibles situaciones que pueden generar un potencial conflicto de intereses por la función que desempeña (revise la normatividad sobre causales en el artículo 11 de la Ley 1437 de 2011):_____

Para constancia de lo anterior, se firma en presente documento:
Firma del (la) declarante: _____
Cédula de ciudadanía N.° 41.515.231 de Leticia
Fecha: 22 Nov 2076

Se recibe la declaración por parte del superior inmediato, o por el área de recursos humanos de la entidad:
Nombre de quien recibe: _____
Firma: _____
Cédula de ciudadanía N.° _____de_____

Se analizará la información y se realizará el correspondiente procedimiento para estudiar y hacer seguimiento a la situación, así como tomar una decisión sobre el caso en concreto cuando se presente un potencial conflicto de intereses de conformidad con la Ley 1437 de 2011.

Nota: La declaración de conflicto de intereses está sujeta a modificaciones de acuerdo con el cambio de circunstancias o situaciones declaradas a su vez que esta declaración será registrada y controlada por la oficina de control interno de la entidad o ente responsable.

TIC

# 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 41058231 **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 23/06/2026 09:35 AM

Código Verificación: **E9MZAJNSFX**

Válida hasta: **21/09/2026**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

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

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 |
|---|---|---|
| Alba | Brandon | Amber |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: CC (X) CE ( ) PAS ( ) No. 93361320

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( ) PAIS

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO 93361320 D.M N° A O

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 13 MES 09 AÑO 1962

PAIS: colombia

DEPTO: cundinamarca

MUNICIPIO: sansoain de rioseco

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Mz 10 CA 23 Brr Jardin Comunero

PAIS: Colombia DEPTO: Tolima

MUNICIPIO: Tolima - Ibague

TELEFONO: 3116539517 EMAIL: ambarbrandon62@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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO |
| 1o | 2o | 3o | 4o | 5o | 6o | 7o | 8o | 10 | 11 | MES AÑO |
| | | | | | | | X | | | |

**EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)**

DILIGENCIE ÉSTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO. EN MODALIDAD ACADEMICA 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 ESTA 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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

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

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* | *PUBLICA* / *PRIVADA* | | *PAÍS* |
| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO | | *FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* | *DEPENDENCIA* | | *DIRECCIÓN* |
| *EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR* | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PUBLICA* / *PRIVADA* | | *PAÍS* |
| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO | | *FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO |
| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | | *DIRECCIÓN* |
| *EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR* | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PUBLICA* / *PRIVADA* | | *PAÍS* |
| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO | | *FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO |
| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | | *DIRECCIÓN* |
| *EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR* | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PUBLICA* / *PRIVADA* | | *PAÍS* |
| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO | | *FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO |
| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | | *DIRECCIÓN* |

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 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 | | |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 2 AÑOS | |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | | |
| **TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA** | | |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ( ) NO (Y) 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 PRESTACION 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* 24 04 2024

*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

*Ciudad y fecha*

*NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

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 |
|---|---|---|
| Andrade | Lozano | Rafael Alberto |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | SEXO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C X C.E ○ PAS ○ No. 12137573 | F ○ M X | COL X EXTRANJERO ○ | |

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE X SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO _____ D.M _____

| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA |
|---|---|
| FECHA DÍA 1 MES 11 AÑO 1968 | Pintada Alta Abedules Apt 407 |
| PAÍS Colombia | PAÍS Colombia DEPTO Tolima |
| DEPTO Tolima | MUNICIPIO Ibague Piso |
| MUNICIPIO Ibague | TELÉFONO 3007167321 EMAIL andrade.rafael.lozano |

## 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | MEDIA | | | FECHA DE GRADO |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | X | 8o. | 9o. | 10 | 11 | MES _____ AÑO 1984 |

***EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)***

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

**TC** (TECNICA) **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 ESTA 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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

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

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 |
|---|---|---|---|
| LJR Temporales | | X | |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| | | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA 16 MES 10 AÑO 2020 | DÍA 23 MES 09 AÑO 2024 |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| conductor | Conductor Asistencial | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| 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 | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| | | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| 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 | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| | | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| 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 | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| | | |

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 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 PUBLICO | 10 | |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 4 | |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | | |
| **TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA** | 14 | |

## 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 PUBLICA.

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* Ibagué

*FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA*

## 6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACION 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*

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 |
|---|---|---|
| Castro | Ramirez | Nelson Marlon |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C X C.E ( ) PAS ( ) No. 1.110.517.350

SEXO: F ( ) M X

NACIONALIDAD: COL X EXTRANJERO ( ) PAÍS

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE X SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO 1.110.517.350 D.M Ponal

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 14 MES 11 AÑO 1991

PAÍS Colombia

DEPTO Tolima

MUNICIPIO Ibague

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Mz 11 Casa 3 Terrazas del Tejar

PAÍS Colombia DEPTO Tolima

MUNICIPIO Ibague

TELÉFONO 301 466 8142 EMAIL marlonn0729@gmail.com

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

**EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA**

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO ( LOS GRADOS DE 1o. A 9o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA )

| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | | | TÍTULO OBTENIDO | Bachiller Tecnico |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO | |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10. | 11. | MES | 12 AÑO 2009 |
| | | | | | | | | | | X | | |

**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 ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

| MODALIDAD ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO SI | GRADUADO NO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO | TERMINACIÓN MES | TERMINACIÓN AÑO | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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

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

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 |
|---|---|---|---|
| COC Temporales | | X | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Tolima | Ibague | Temporales.coc@gmail |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 316 837 8369 | DÍA 15 MES 05 AÑO 2023 | DÍA 23 MES 04 AÑO 2024 |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Mensajero | | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Alianza | | X | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Tolima | Ibague | alianzatemporal.com.co |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 4846060 | DÍA 22 MES 08 AÑO 2022 | DÍA 07 MES 03 AÑO 2023 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Experto Segura | Hospital Federico Lleras | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| 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 | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| | | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| 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 | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| | | |

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACION | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PUBLICO | | |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 12 | |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | | |
| **TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA** | 12 | |

## 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 UNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES. (ARTICULO 5o. DE LA LEY 190/95).

*Ciudad y fecha de diligenciamiento*_____

*FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA*

## 6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACION AQUI 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*

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 |
|---|---|---|
| Delgado | Quintero | Cristhian Javier |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C X C.E ( ) PAS ( ) No. 1110480364

SEXO: F ( ) M X

NACIONALIDAD: COL. X EXTRANJERO ( ) PAÍS

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE X SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO 1110480364 D.M Pond

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 01 MES 02 AÑO 1989

PAÍS: Colombia

DEPTO: Tolima

MUNICIPIO: Ibagué

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Mariana J Casa 4 B/ Arkala

PAÍS: Colombia DEPTO: Tolima

MUNICIPIO: Ibagué

TELÉFONO: 3138834572 EMAIL: cristhiandelgado@hotmail.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 | | | | | | | | | | TITULO OBTENIDO: Bachiller Industrial |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | FECHA DE GRADO |
| 1o | 2o | 3o | 4o | 5o | 6o | 7o | 8o | 9o | 10 | 11 X MES 02 AÑO 2006 |

***EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)***

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

**TC** (TECNICA). **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 TITULO OBTENIDO | TERMINACION MES | TERMINACION AÑO | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TL | | X | | Tecnologo en Entrenamiento Dep. | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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

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

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 |
|---|---|---|---|
| J.J.R. Temporales | | X | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Tolima | Ibagué | temporalesjjr@gmail.com |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3168378369 | DÍA 15 MES 05 AÑO 2023 | DÍA 23 MES 09 AÑO 2024 |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Mensajero | Hospital Federico Lleras A. | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Alianza Temporal | | X | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Tolima | Ibagué | alianzatemporal.com.co |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 4846060 | DÍA 12 MES 09 AÑO 2022 | DÍA 07 MES 03 AÑO 2023 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| | | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| 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 | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| | | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| 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 | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| | | |

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 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 | | |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 2 | 8 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | | |
| **TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA** | | |

## 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).

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* _____

*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.

*Ciudad y fecha* _____

*NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

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 |
|---|---|---|
| Gallego | Granada | Germán Andrés |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 6016128

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAIS

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO 84112503268 D.M

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 25 MES 11 AÑO 1984

PAÍS: Colombia

DEPTO: Tolima

MUNICIPIO: Santa Isabel

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Av. Ambala # 28-82

PAÍS: Colombia DEPTO: Tolima

MUNICIPIO: Ibagué

TELÉFONO: 3142851773 EMAIL: germanz1984@hotmail.com

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

***EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA***

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

| EDUCACION BÁSICA | | | | | | | | | | TITULO OBTENIDO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | FECHA DE GRADO |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | 11 (X) MES 12 AÑO 2001 |

***EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)***

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

**TC** (TECNICA); **TL** (TECNOLÓGICA); **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA); **UN** (UNIVERSITARIA);

**ES** (ESPECIALIZACIÓN); **MG** (MAESTRIA O MAGISTER); **DOC** (DOCTORADO O PHD).

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

| MODALIDAD ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO SI | GRADUADO NO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO | TERMINACIÓN MES | TERMINACIÓN AÑO | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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

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

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 |
|---|---|---|---|
| LJR Temporales | | X | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Tolima | Ibagué | temporalesljr@gmail. |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3168378369 | DÍA 05 MES 02 AÑO 2024 | DÍA 23 MES 09 AÑO 2024 |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Conductor Amb. | Tolima | calle 17A Nº 7-29 |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| 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 | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| | | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| 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 | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| | | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| 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 | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| | | |

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 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 | | |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | | 5meses |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | | |
| TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA | | |

## 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).

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* Ibagué

*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.

*Ciudad y fecha*

*NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

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 |
|---|---|---|
| Luna | Sanchez | Ruben |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. X C.E. ( ) PAS. ( ) No.

SEXO: F ( ) M X

NACIONALIDAD: COL. ( ) EXTRANJERO ( ) PAÍS

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE X NÚMERO 412265 D.M 40

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 06 MES 06 AÑO 48.

PAÍS: Colombia

DEPTO: Tolima

MUNICIPIO: Lerida

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Mza 17 C. 3 - 2 Cto Jordan

PAÍS: Colombia DEPTO: Tolima

MUNICIPIO: Ibague

TELÉFONO: 3165155902 EMAIL

## 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | FECHA DE GRADO |
| 1o | 2o | 3o | 4o | 5o | 6o | 7o | 8o | 9o | 10 X | MES AÑO |

**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 MAGÍSTER) **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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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

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

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 |
|---|---|---|---|
| L J. R Temporales | | | |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Tolima | Ibague | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA 26 MES 10 AÑO 80 | DÍA 23 MES 5 AÑO 94 |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| conductor | Administrativo | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| 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 | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| | | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| 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 | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| | | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| 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 | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| | | |

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACION | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | 20 | |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 30 | |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | | |
| **TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA** | 50 | |

## 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 PRESTACION DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PUBLICA.

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

*Ciudad y fecha de diligenciamiento*_____

X _____

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

## 6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUI 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*

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 |
|---|---|---|
| PICON S | RODRIGUEZ | Edgar Guillermo |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | SEXO | NACIONALIDAD | PAIS |
|---|---|---|---|
| C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1.110.489.382. | F ( ) M (X) | COL. (X) EXTRANJERO ( ) | |

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE (X) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO 1110489382 D.M 515

| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO | | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA | |
|---|---|---|---|
| FECHA | DIA 27 MES 08 AÑO 1988 | | MZA C5 I ENTRENOS |
| PAÍS | COLOMBIA | PAÍS | COLOMBIA DEPTO IBAGUE |
| DEPTO | IBAGUE | MUNICIPIO | IBAGUE |
| MUNICIPIO | IBAGUE | TELÉFONO | 3156207420 EMAIL GUILLERMO1527@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 | | | | | | | | | | TITULO OBTENIDO: BACHILLER ACADEMICO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO |
| 1o | 2o | 3o | 4o | 5o | 6o | 7o | 8o | 9o | 10 | 11 X MES 11 AÑO 2009 |

***EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)***

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

**TC** (TECNICA). **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 TITULO OBTENIDO | TERMINACIÓN MES | TERMINACIÓN AÑO | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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

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

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 | PUBLICA | PRIVADA | PAIS |
|---|---|---|---|
| LJ R TEMPORALES S.A.S | | SI | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRONICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| TOLIMA | IBAGUE | JCMPORTILLA@GMAIL.COM |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3017181131 | DÍA 11 MES 06 AÑO 2024 | DÍA 23 MES 09 AÑO 2024 |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCION |
|---|---|---|
| CONDUCTOR | GERENCIA | CLL 17A N°729 |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PUBLICA | PRIVADA | PAIS |
|---|---|---|---|
| CENTRAL PECUARIA | | SI | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRONICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| TOLIMA | IBAGUE | WWW.CENTRALPECUARIA.COM |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 6082596528 | DÍA 01 MES 02 AÑO 2022 | DÍA 05 MES 09 AÑO 2023 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCION |
|---|---|---|
| LUIS EDUARDO BARRETO | SUBGERENTE | CLL 28 N° 4C-16 IBAGUE |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PUBLICA | PRIVADA | PAIS |
|---|---|---|---|
| | | | |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRONICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| | | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCION |
|---|---|---|
| | | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PUBLICA | PRIVADA | PAIS |
|---|---|---|---|
| | | | |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRONICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| | | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCION |
|---|---|---|
| | | |

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACION | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PUBLICO | | |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 13 | |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | | |
| **TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA** | | |

## 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).

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* Ibagué

Edgar G. medina a.

*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.

*Ciudad y fecha*

*NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

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 |
|---|---|---|
| MEJIA | ARANGO | RICARDO |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | SEXO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C. X C.E. ( ) PAS ( ) No. 93355271 | F ( ) M (X) | COL X EXTRANJERO ( ) | |

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO 93355271 D.M 38

| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA |
|---|---|
| FECHA DIA 13 MES 02 AÑO 1967 | MZ A CASA 211 B/ULLOA |
| PAÍS COLOMBIA | PAÍS COLOMBIA DEPTO TOLIMA |
| DEPTO TOLIMA | MUNICIPIO IBAGUE |
| MUNICIPIO IBAGUE | TELÉFONO 3175546118 EMAIL RICMEJIA1967@HOTMAIL.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 | 11 ✓ | MES 07 AÑO 2012 |

***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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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

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

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 |
|---|---|---|---|
| SOL DE LA VARIANTE | | | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| TOLIMA | IBAGUE | [illegible] |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA 14 MES 05 AÑO 2020 | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| CONDUCTOR AMBULANCIA | URG. H. FEDERICO LLERAS | CALLE 36 # 43 3 |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| ALCALDIA IBAGUE | 7 | | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRONICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| TOLIMA | IBAGUE | [illegible] |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3175544418 | DÍA 09 MES 01 AÑO 2017 | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| CONDUCTOR | SED ADMINISTRATIVA | CALLE 9 # 2-59 OF 241 |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| FUNDACION POR LA SALUD Y LA VIDA | | 7 | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRONICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| TOLIMA | IBAGUE | [illegible] |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 2614769 | DÍA 15 MES 09 AÑO 2015 | DÍA 08 MES 01 AÑO 2017 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| CONDUCTOR AMBULANCIA | URG H FEDERICO LLERAS | CALLE 36 # 43 3 |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| SERVITAXI (MARIA DORIS LOZADA) | | X | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRONICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| TOLIMA | IBAGUE | NME. |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3134916032 | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| CONDU TAXI | | |

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 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 CONDUCTOR | 18 | |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO - | | |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | | |
| *TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA* | | |

## 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).

*Ciudad y fecha de diligenciamiento*

*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.

*Ciudad y fecha*

*NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

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 |
|---|---|---|
| Mendez | Rondon | Jhon Jairo |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. X C.E. ( ) PAS ( ) No. 93374901 | SEXO: F ( ) M X | NACIONALIDAD: COL X EXTRANJERO ( ) PAÍS: Colombia

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE X NÚMERO 93374901 D.M 38

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 22 MES 02 AÑO 1969

PAÍS: Colombia

DEPTO: Tolima

MUNICIPIO: Ibague

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Mz A Cs 10 Colinas del sur I

PAÍS: Colombia DEPTO: Tolima

MUNICIPIO: Ibague

TELÉFONO: 3125180897 EMAIL: mendez2269@hotmail.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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO |
| 1o | 2o | 3o | 4o | 5o X | 6o | 7o | 8o | 9o | 10 | 11 X | MES 12 AÑO 2014 |

**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 SI | GRADUADO NO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN MES | TERMINACIÓN AÑO | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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

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

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 PRESTACION DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

**EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Ljr temporales | | x | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Tolima | Ibague | monde1226@hotmail.com |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3182973696<br>3125100892 | DÍA 11 MES 04 AÑO 2024 | DÍA 23 MES 09 AÑO 2024 |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Conductor | Administrativo | Hospital federico lleras |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| 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 | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| | | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| 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 | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| | | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| 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 | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| | | |

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 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 | | |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 12 | |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 4 | |
| **TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA** | | |

## 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).

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* Bogotá

Jhon Jurado.

*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.

*Ciudad y fecha*

*NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

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 |
|---|---|---|
| Mora | Gaona | HENRY |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | SEXO | NACIONALIDAD | PAIS |
|---|---|---|---|
| C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 93385868 | F ( ) M (X) | COL. (X) EXTRANJERO ( ) | |

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO 93385868 D.M 38

| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA |
|---|---|
| FECHA DIA 12 MES 07 AÑO 1972 | V. la Martinica |
| PAÍS Colombia | PAÍS Colombia DEPTO Tolima |
| DEPTO Tolima | MUNICIPIO Ibagué |
| MUNICIPIO Ibagué | TELÉFONO 3143080367 EMAIL genimora@11. |

## 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 5o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA )

| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | | TÍTULO OBTENIDO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | FECHA DE GRADO |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | 11 (X) MES AÑO |

**EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)**

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

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

RELACIONE AL FRENTE EL NUMERO 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 TITULO OBTENIDO | TERMINACIÓN MES | TERMINACIÓN AÑO | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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

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

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 | PAIS |
|---|---|---|---|
| Alcaldía de Ibagué | | | |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Tolima | Ibagué | |

| 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 | PAIS |
|---|---|---|---|
| | | | |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| | | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| | | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAIS |
|---|---|---|---|
| | | | |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| | | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| | | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAIS |
|---|---|---|---|
| | | | |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| | | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| | | |

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | | |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 3 | |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | | |
| TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA | 3 | |

## 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 ÓRDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACION 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. (ARTICULO 5o. DE LA LEY 190/95).

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* _____

Henry Moica

*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

*Ciudad y fecha* _____ *NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS* _____

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 |
|---|---|---|
| Ubaldo | Valero | Hector |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (✓) C.E ( ) PAS ( ) No.

SEXO: F ( ) M (✓)

NACIONALIDAD: COL (✓) EXTRANJERO ( ) PAIS

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (✓) NÚMERO 93356225 D.M

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 15 MES 09 AÑO 1963

PAIS: colombia

DEPTO: Tolima

MUNICIPIO: Ibague

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

PAÍS: colombia DEPTO: Tolima

MUNICIPIO: Ibague

TELÉFONO: 3125246704 EMAIL

## 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | 11 | MES AÑO |

***EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)***

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

**TC** (TECNICA); **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 TITULO OBTENIDO | TERMINACIÓN MES | TERMINACIÓN AÑO | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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

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

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* | *PUBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| | | | |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRONICO 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* | *PUBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| | | | |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRONICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| | | |

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

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| | | |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PUBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| | | | |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRONICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| | | |

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

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| | | |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PUBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| | | | |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRONICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| | | |

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

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| | | |

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACION | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PUBLICO | | |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 22 AÑOS | |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | | |
| **TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA** | | |

## 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 UNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES. (ARTICULO 5o. DE LA LEY 190/95).

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* 24 . SEP - 2024

*FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO 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.

*Ciudad y fecha*

*NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

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 |
|---|---|---|
| ORJUELA | MORALES | BENJAMIN |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 76319113

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAIS

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE X NÚMERO 76319113 D.M 38

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 18 MES 02 AÑO 2004

PAÍS: Colombia

DEPTO: TOLIMA

MUNICIPIO: Ibague

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: MZ 6 - CS 2 VACINIA RESERVADO

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: TOLIMA

MUNICIPIO: Ibague

TELÉFONO: EMAIL:

## 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 | | | | | | | | | MEDIA | | TÍTULO OBTENIDO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | | | FECHA DE GRADO |
| 1o | 2o | 3o | 4o | 5o | 6o | 7o | 8o | 9o | 10 | 11 | MES AÑO 1998 |
| | | | | | X | | | | | | |

***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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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

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

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 | PUBLICA | PRIVADA | PAIS |
|---|---|---|---|
| LJR Temporales | | | |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRONICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Tolima | Ibague | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA 16 MES 10 AÑO 2020 | DÍA 23 MES 09 AÑO 2024 |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| CONDUCTOR | Acistical. | Cra 4 # 729 Interlaken |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PUBLICA | PRIVADA | PAIS |
|---|---|---|---|
| Hernando | | | |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRONICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Tolima | Ibague | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA 24 MES 05 AÑO 2024 | DÍA 23 MES 09 AÑO 2022 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Conductor | Acistical | Cra 4 # 729 Interlaken |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PUBLICA | PRIVADA | PAIS |
|---|---|---|---|
| | | | |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| | | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| | | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PUBLICA | PRIVADA | PAIS |
|---|---|---|---|
| | | | |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRONICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| | | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| | | |

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 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 | | |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 28 | |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | | |
| **TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA** | 28 | |

## 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)

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* _____

*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.

*Ciudad y fecha* _____ *NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS* _____

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 |
|---|---|---|
| RAMIREZ | Rengifo | Gustavo |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 7904110

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE (X) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO 79.041110 D.M

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 5 MES 6 AÑO 1963

PAÍS: Colombia

DEPTO: Tolima

MUNICIPIO: Ibague

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Chuconi

PAÍS: Colombia DEPTO: Tolima

MUNICIPIO: Ibague

TELÉFONO: 313 878 4218 EMAIL:

## 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 | | | | | | | | | | MEDIA | TÍTULO OBTENIDO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | | | FECHA DE GRADO |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | X | MES 12 AÑO 1978 |

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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

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

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 |
|---|---|---|---|
| LJ Tentaciones | | X | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Tolima | Ibague | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA 16 MES 10 AÑO 2020 | DÍA 23 MES 09 AÑO 2024 |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Conductor | MIRON | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| medicar | | X | colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRONICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Tolima | Ibague | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA 01 MES 01 AÑO 2013 | DÍA 15 MES 10 AÑO 2020 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| | | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| | | | |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRONICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| | | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| | | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| | | | |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRONICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| | | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| | | |

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 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 | | |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 25 | |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | | |
| TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA | | |

## 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).

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* Ibague 30 -Sep.

*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.

*Ciudad y fecha*

*NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

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 |
|---|---|---|
| Rincon | Acosta | Camilo Andres |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACION | | | | SEXO | NACIONALIDAD | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C.C X | C.E | PAS | No. 1110593748 | F | M X | COL X EXTRANJERO |

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE X SEGUNDA CLASE NUMERO D.M

| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO | | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA | |
|---|---|---|---|
| FECHA | DIA 24 MES 10 AÑO 1998 | | Mz 67 Casa 12 Jordan 7 |
| PAÍS | Colombia | PAIS | Colombia DEPTO Tolima |
| DEPTO | Tolima | MUNICIPIO | Ibague |
| MUNICIPIO | Ibague | TELÉFONO | 322 2030461 EMAIL camilorincon98@hotmail.com |

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

***EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA***

MARQUE CON UNA X EL ULTIMO 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 | | | TITULO OBTENIDO | Bachiller Academico |
|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | SECUNDARIA | MEDIA | FECHA DE GRADO | |
| 1o 2o 3o 4o 5o 6o 7o 8o 9o 10o 11o | | | MES 12 AÑO 2015 | |
| | | X | | |

***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 NUMERO 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 TITULO OBTENIDO | TERMINACIÓN MES | TERMINACIÓN AÑO | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

ESPECIFIQUE 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 |

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 |
|---|---|---|---|
| L.J.R Temporales | | X | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Tolima | Ibague | Temporales JR@gmail.com |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3017781131 | DÍA 01 MES 03 AÑO 2024 | DÍA 31 MES 05 AÑO 2024 |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Conductor de Ambulancia | | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| L J R Temporales | | X | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Tolima | Ibague | Temporales JR@gmail.com |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 301 778 1131 | DÍA 23 MES 02 AÑO 2023 | DÍA 24 MES 02 AÑO 2024 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Conductor de Ambulancia | | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| 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 | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| | | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| | | | |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| | | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA ___ MES ___ AÑO ___ | DÍA ___ MES ___ AÑO ___ |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PUBLICO | 2 | |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | | |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | | |
| *TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA* | | |

## 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 PUBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PUBLICA

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

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* Ibagué 31-01-2025

Camilo Rincon

FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA

## 6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACION AQUI SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE

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 |
|---|---|---|
| Varon | Escizo | Jorge Ivan |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. X C.E. ( ) PAS ( ) No. 93470863 — SEXO: F ( ) M X — NACIONALIDAD: COL X EXTRANJERO ( ) PAÍS:

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE X — NÚMERO 93470863 — D.M 38

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 09 MES 09 AÑO 1991

PAÍS:

DEPTO:

MUNICIPIO:

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Calle 39 # 13-29

PAÍS Colombia DEPTO Tolima

MUNICIPIO Ibague

TELÉFONO 3134824112 EMAIL jive09@hotmail.co

## 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | X | MES 11 AÑO 1991 |

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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

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

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 | PUBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| LJR Temporales. | | x | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Tolima. | Ibague | JiV |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA 1 MES 03 AÑO 2024 | DÍA 23 MES 09 AÑO 2024 |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Conductor Ambulancia | HFU-A | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PUBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Herraco. | | x | colombia. |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Tolima | Ibagúe | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA 23 MES 09 AÑO 2022 | DÍA 29 MES 02 AÑO 2023 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Conductor Ambulan | HFU A | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PUBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| | | | |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| | | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| | | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PUBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| | | | |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| | | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| | | |

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACION | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PUBLICO | | |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 35 | |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | | |
| **TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA** | | |

## 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 PUBLICA.

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

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* _____

*FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO 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.

*Ciudad y fecha* _____

*NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS* _____

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 |
|---|---|---|
| Vasquez | Reyes | Luis Roberto |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No.

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO 93360023 D.M

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 15 MES III AÑO 1964

PAÍS: colombia

DEPTO: Tolima

MUNICIPIO: Ibague

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Vereda pastales casa 15

PAÍS: colombia DEPTO: Tolima

MUNICIPIO: Ibague

TELÉFONO: 3152969990 EMAIL: luis.roberto.vasquez1964@gmail.com

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

**EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA**

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO ( LOS GRADOS DE 1o. A 4o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 9o. 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 | 11 | MES XII AÑO 1990 |
| | | | | | | | | | | X | |

**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 ESTA 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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

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

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 |
|---|---|---|---|
| L S L Temporales | | X | colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Tolima | Ibague | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3116378369 | DÍA 02 MES 06 AÑO 2021 | DÍA 27 MES Sep AÑO 2024 |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| conductor administrativo | Hospital Federico Lleras | Calle 12 B # 7-29. |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Gobernación del Tolima | X | | colombia. |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Tolima | Ibague | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA 21 MES Oct AÑO 2015 | DÍA 12 MES 7 AÑO 2018 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Conductor. | Varias. | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Alcaldía de Ibague | X | | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Tolima | Ibague | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA 2 MES Oct AÑO 1998 | DÍA 7 MES III AÑO 1999 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Conductor. | Varias | alcaldía |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| 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 | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| | | |

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PUBLICO | 18 | |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 11 | |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | | |
| TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA | 29 Años | |

## 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 PRESTACION DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACION PUBLICA.

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

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* Tibasosa. 21 De octubre. 2025

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

## 6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN ADMINISTRADA HA SIDO CONTRASTADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

*Ciudad y fecha*

*NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA: Grupo Empresarial

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA ) | NOMBRES |
|---|---|---|
| Coneo | Osorio | Mario Camilo |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C X C.E ○ PAS ○ No. 1.234.645.030

SEXO: F ○ M X

NACIONALIDAD: COL X EXTRANJERO ○ PAÍS

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 05 MES 12 AÑO 1998

PAÍS: Colombia

DEPTO: Tolima

MUNICIPIO: Ibagué

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Arb. Campestre Conjunto Acacia T21 apto 401

PAÍS: Colombia DEPTO: Ibagué

MUNICIPIO: Tolima

TELÉFONO: 3154823596 EMAIL: mariocamilo.coneo@gmail

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

**EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA**

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO ( LOS GRADOS DE 1o. A 8o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA )

| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | | | TÍTULO OBTENIDO: Bachiller |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO |
| 1o | 2o | 3o | 4o | 5o | 6o | 7o | 8o | 9o | 10 | X | MES 06 AÑO 2017 |

**EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)**

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO. EN MODALIDAD ACADEMICA 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 ESTA 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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

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

Scanned with CamScanner

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 PRESTACION DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

**EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD: Herranco Sas | PUBLICA: | PRIVADA: X | PAIS: Colombia |
| DEPARTAMENTO: Tolima | MUNICIPIO: Ibague | | CORREO ELECTRONICO ENTIDAD: industriaherranco@gmail.com |
| TELEFONOS: 3182098072 | FECHA DE INGRESO: DIA 01 MES 01 AÑO 2020 | | FECHA DE RETIRO: DIA 01 MES 12 AÑO 2024 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL: Logistico | DEPENDENCIA: Operativo | | DIRECCION: Calle 176 # 7 - 58 |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| | | | |
|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD | PUBLICA | PRIVADA | PAIS |
| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO: DIA MES AÑO | | FECHA DE RETIRO: DIA MES AÑO |
| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | | DIRECCION |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| | | | |
|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD | PUBLICA | PRIVADA | PAIS |
| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO: DIA MES AÑO | | FECHA DE RETIRO: DIA MES AÑO |
| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | | DIRECCION |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| | | | |
|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD | PUBLICA | PRIVADA | PAIS |
| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO: DIA MES AÑO | | FECHA DE RETIRO: DIA MES AÑO |
| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | | DIRECCION |

Scanned with CamScanner

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 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 | | |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 4 | 6 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 3 | 6 |
| TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA | 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)

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* Ibagué - Tolima 01-12-2025

*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.

*Ciudad y fecha*

*NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

Scanned with CamScanner

7 137

República de Colombia
Departamento del Huila

# COLEGIO DE LA VALVANERA

ENSEÑANZA PRIMARIA
Directora Propietaria: GILMA FIERRO DE ARANGO
Carrera 4a. No. 1-E-65 - Teléfono 233-18 - Neiva

58

Aprobación Oficial 260
Resolución No. 5772 Bis
de 1959

5

Los Suscritos Rector y Profesor del Grado Quinto de Enseñanza Primaria del

## COLEGIO DE LA VALVANERA

# CERTIFICAN: No. 26

Que el alumno (a) RAFAEL ALBERTO ANDRADE LOZANO cursó en este Colegio el Quinto Grado de Enseñanza Primaria durante el año lectivo de 1.984 obteniendo las siguientes calificaciones definitivas en las áreas determinadas por el decreto No. 1710 de Julio 25 de 1963

| AREAS | INTENSIDAD Horas Sem. | CALIFICACIONES Números | Letras |
|---|---|---|---|
| Educación Religiosa y Moral (Religión e Historia Sagrada) | 3 | 4.0 | Cuatro, cero. |
| Matemáticas (Aritmética y Geometría) | 5 | 3.5 | Tres, cinco. |
| Lenguaje (Lectura, Escritura, Vocabulario Fraseología Composición, Gramática, Ortografía) | 6 | 4.0 | Cuatro, cero. |
| Estudios Sociales (Historia Geografía, Civismo, Urbanidad, Cooperativismo) | 5 | 4.0 | Cuatro, cero. |
| Ciencias Naturales (Ciencias, Higiene, Prácticas Agropecuarias Nociones de Física) | 5 | 3.0 | Tres, cero. |
| Educación Estética y Manual (Música, Canto, Dibujo, Obras Manuales, Educación para el Hogar) | 3 | 4.0 | Cuatro, cero. |
| Educación Física (Danzas, Gimnasia, Juegos Educativos) | 3 | 4.0 | Cuatro, cero. |

Durante el presente año lectivo el alumno observo una Conducta Buena.

Es segunda copia del original que reposa en el colegio. 111-51/87.

El presente certificado se expide en papel común de acuerdo con el decreto 3503 de 1962

Dado en Neiva a los 30 días de Noviembre de 19 84.

Directora del Curso,

Rector,

ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL
NOTARIA QUINCE DE NEIVA

REPUBLICA DE COLOMBIA
Alfonso D.
Notaría Cuarta de Neiva

Secretaría de Educación
COLEGIO DISTRITAL NOCTURNO
LUIS VARGAS TEJADA
Carrera 50 No. 20 40 Sur - Tel. 238 36 95

59

Aprobado hasta nueva visita del fo. el Dto. Gestión de Educación Básica Secundaria y Media Vocacional, mediante Resolución No. 1405 de Febrero 18 de 1,982

INSCRIPCION No. 1892

259

CERTIFICADO No. 258

LOS SUSCRITOS RECTOR Y SECRETARIA DEL COLEGIO DISTRITAL «LUIS VARGAS TEJADA»

C E R T I F I C A N:

Que el(la) alumno(a) Andrade Lozano Rafael Alberto con C.C.

No. 55569 Expedida en NEIVA Cursó y APROBO

en este plantel el GRADO SEXTO Grado de Bachillerato Nocturno durante el año lectivo de 19 85

con las calificaciones e intensidad horaria que a continuación se transcriben:

| LIBRO No. FOLIO: ASIGNATURAS | I. H. | Calific. Asignt. | CALIFICACION AREAS No. | LETRAS |
|---|---|---|---|---|
| Educación Etica Moral y Religiosa | 3 | | 6.7 | Seis Siete |
| Historia DE COLOM. Y EDU. CIV. | 2 | | | |
| Geografía DE COLOMBIA ) | 3 | | | |
| Educación para la Democracia y la Paz | 1 | | 6.4 | Seis Cuatro |
| Español y Literatura | 5 | | 7.6 | Siete Seis |
| Idioma Extranjero ( INGLES ) | 3 | | 7.7 | SieteSiete |
| C. Naturales y Salud ( ) | 3 | | | |
| Matemáticas ARITM. Y NOC. GEOM | 5 | | 7.3 | Siete Tres |
| | | | | |
| | | | | |
| Conducta | | | | BUENA |

NOTA:

ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL
NOTARIA CUARTA DE NEIVA

15 MAY 1995

REPUBLICA DE COLOMBIA
Notaría Cuarta de Neiva

El presente certificado se expide en Bogotá, D. E. a los 3 días del mes de ABRIL de 19 86.

JOSE BERNARDO PEÑO JACOME
RECTOR

CLARA INES ARDILA GUEVARA
SECRETARIA

*Hoja de tfida*
*Nelson Marlon Castro Ramírez*

La República de Colombia
Departamento del Colima

*Y en su nombre*

La Institución Educativa Técnica

# Antonio Reyes Umaña

*Institución aprobada por la Secretaría de Educación Municipal en el nivel de Educación Media Técnica, según Resolución No. 71-2561 de Noviembre 27 de 2009*

*Confiere a:*

# Nelson Marlon Castro Ramírez

C.C. 1110517350 Ibagué

*El Título de*

# Bachiller Técnico

*En "Documentación y Registros Contables"*

*Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel media Técnica según los planes y programas vigentes*

*Es copia tomada del Libro General de Actas de Grado, No. Folios No. de Diciembre 3 de 2009.*

*Dada en Ibagué, Tolima el día 3 de Diciembre de 2009*

*Esp. Luis Alirio Bolívar Lopez*
*c.c. No. 5.841.859 de Rovalongui*
*Rector*

*Gabriel Avila Camacho*
*c.c. No. 94.241.895 de Ibagué*
*Auxiliar Administrativo*

*Hoja de tfida*
*Nelson Marlon Castro Ramirez*

## INSTITUCION EDUCATIVA TECNICA "ANTONIO REYES UMAÑA"

Carrera 4 sur No. 29 - 30 Barrio Las Brisas Teléfono 2665699 - 2657693
Ibagué - Tolima

### *Acta Individual de Grado*

En Ibagué a los 3 días de Diciembre de 2009, se reunieron para formalizar la graduación de los alumnos del último grado, los Suscritos Esp. LUIS ALIRIO BRIÑEZ LOPEZ "Rector" y GABRIEL AVILA CASTAÑEDA "Auxiliar Administrativo", en la Rectoría de la Institución Educativa Técnica Antonio Reyes Umaña, aprobado hasta nueva visita para otorgar el título de Bachiller Técnico en Documentación y Registros Contables, según Resolución No. 71.2981 de Noviembre 27 de 2009 de la Secretaría de Educación Municipal.
Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Técnica se procedió a otorgar el título de

*Bachiller Técnico*

En "Documentación y Registros Contables"
Al graduando cuyo nombre apellidos y números de documento de identidad
Se relacionan a continuación

# Nelson Marlon Castro Ramírez

C.C. 1118517350 Ibagué

Es fiel copia tomada del original que reposa en el libro general de Actas de grado. No _____
De Diciembre ___ de ____ Folio No _____

Esta Acta consta de 110 estudiantes, comienza con el nombre de ANGARITA OSORIO JONATHAN FERNEY y termina con el nombre de VEGA LOPEZ ADRIANA DEL PILAR

En constancia firman Rector y Auxiliar Administrativo

Dada en Ibague a los 3 días del mes de Diciembre de 2009

Esp. LUIS ALIRIO BRIÑEZ LOPEZ
C.C. No. 5.841.409 de Anzoátegui

GABRIEL AVILA CASTAÑEDA
C.C. No. 14.241.895 de Ibagué



La Republica de Colombia

y en suscribire

La Instrución Educativa Técnica

**Alberto Santofimio Caicedo**

Ibague - Tolima

Autorizada por la Secretaria de Educacion Municipal
segun Resolución No. 81-1072 del 27 de Octubre de 1996

Confiere a

**Cristhian Javier Delgado Quiñónez**

Din 890201-67689

el Titulo de

**Bachiller Industrial**

Especialidad Electricidad y Electrónica

Dado en Ibague, Tolima a 4 de Diciembre del año 2006

República de Colombia

Institución Educativa Técnica

# "Alberto Santofimio Caicedo"

Teléfono (8) 2646029 - Ibagué - Tolima

Inscripción S.E. 15100 Código Dane 173001011542

## Acta Individual de Graduación

En la Rectoría de la Institución Educativa Técnica Alberto Santofimio Caicedo, establecimiento educativo con Reconocimiento Oficial de Estudios según Resolución No. 81 - 1672 del 27 de Octubre de 2006, emanada de la Secretaría de Educación Municipal, se reunieron con el fin de formalizar la Graduación de los estudiantes de último Grado el suscrito Rector, y los integrantes de la Comisión de Evaluación y Promoción para otorgar el Título:

## Bachiller Industrial

Especialidad Electricidad y Electrónica

A:

## Cristhian Javier Delgado Quiñónez

Din 890201 - 67689

Estudiante quien cumplio con los requisitos académicos y las exigencias establecidas en los reglamentos y las normas legales, razón por la cual se le otorgó el Diploma que le acredita como tal.

Es copia tomada del libro de Actas Generales de Grado,
Folio No. 115 Acta 01 de Diciembre de 2006
Dado en Ibagué, Tolima el 9 de Diciembre de 2006

REINALDO VASQUEZ HERNÁNDEZ
C.C. No 5.[illegible] de Bucaramanga (Santander)
[illegible]
Rector

La República de Colombia

y en su nombre

El Instituto Técnico

# "Santa Isabel"

Santa Isabel - Tolima

Reconocido sus estudios por la Secretaría de Educación y de la Juventud del Tolima, según Resolución No. 1463 del 15 de Septiembre de 2000

Confiere al

## Germán Andrés Gallego Granada

T.I. 94112-01218 Santa Isabel

El título de

# Bachiller Técnico

## Especialidad Comercio e Informática

Por haber cursado y aprobado satisfactoriamente el correspondiente nivel de Educación Media Académica y programas vigentes.

Acta general de graduación No. 11 de Diciembre 7 del año 2001

Folios No. 82- 87

Dado en Santa Isabel, Tolima a 7 de Diciembre del año 2001

Lic. William Cardona Rivera
Rector

Myriam Garcia Bernal
Secretaria

Diploma registrado en el libro reglamentario de Diplomas de Educación Media Académica

Instituto Técnico

# "Santa Isabel"

Telefax (0982) 813103 - 813054 Municipio de Santa Isabel * Tolima

Inscripción S.E.: 136008 Código Dane: 17368600024
Nit.: 890.703.269-0 Jornada: Ordinaria

## ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACION

En Santa Isabel - Tolima a los 7 días del mes de DICIEMBRE del año 2001, se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último grado, los suscritos Rector William Cardona Rivera y Secretaria Myriam Garcia Bernal, en la rectoria del INSTITUTO TECNICO 'SANTA ISABEL', Institución reconocida por la Secretaria de Educación y de la Juventud del Tolima en el nivel de Educación Básica Media Técnica según Resolución No. 1463 de Septiembre 15 de 2000 y autorizada para otorgar el titulo de:

## Bachiller Técnico

### Especialidad Comercio e Informática

Comprobada la situación legal y academica del estudiante quien cumplio con los requisitos académicos, las exigencias establecidas en los reglamentos y las normas legales le otorgo el Diploma que lo(a) acredita como tal a:

## *Germán Andrés Gallego Granada*

**TI 841125-03268 Santa Isabel**

Es copia tomada del libro de Actas Generales de Grado,
Folios No. 50-51 Acta 31, de DICIEMBRE 7 de 2001
Dado en Santa Isabel - Tolima, a los 7 de DICIEMBRE de 2001.

Lic. William Cardona Rivera
C.C. No. 14.231.816 de Ibagué (Tol.)
Rector

Myriam García Bernal
C.C. No. 28.904.364 de Santa Isabel (Tol.)
Secretaria

La República de Colombia
y en su nombre el

# Ginnasio
# " Los Arrayanes "

Ibagué - Tolima

Aprobada por la Secretaría de Educación Departamental,
Según Resolución No. 1980 del 28 de Noviembre de 2000

Confiere A:

## Edgar Guillermo Medina Rodríguez

Identificado(a) con C.C. Nº. 111[illegible] de Ibagué

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.

Esp. Stella Cabrera de Perdomo
C.C. Nº. 28.[illegible] de Ibagué
Rectora

Edna Mercedes Arroyo Cardona
C.C. Nº. 28.[illegible] de Ibagué
Secretaria

GIMNASIO LOS ARRAYANES

Este Diploma no requiere de registro en Secretaría de Educación
(Decreto Nacional No. 970 de 1.994)
Anotado en el Control interno del plantel en el
Libro No. 010 Folio No. 12 Diploma No. 12

Dado en Ibagué Tolima, a los 9 días del mes de DICIEMBRE de 2002

172

# Gimnasio Los Arrayanes

Carrera 9 Nº 69-15 Etapa 6 Barrio Jordán Tel. 2675342 Ibagué
Ibagué - Tolima

Inscripción Secretaría de Educación: No. 20011733
Inscripción Dane No. 037300 109681

## Acta Individual de Graduación

En la ciudad de Ibagué a los 4 días del mes de Diciembre de 2.009 se reunieron con el fin de formalizar la Graduación de los Alumnos de último Grado, los suscritos Rector(a) y Secretario(a) en la Rectoría del GIMNASIO LOS ARRAYANES, Institución aprobada en el Nivel de Educación Media Académica grados 10º y 11º Jornadas Mañana y Tarde, por la Secretaría de Educación Departamental para otorgar el Título de Bachiller Académico según Resolución No. 1900 del 29 de Noviembre de 2.000

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los Alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media, se procedió a otorgar el Título de:

*Bachiller Académico*

Al graduando cuyos nombres, apellidos e identidad se relacionan a continuación:

**Edgar Guillermo Medina Rodríguez**
**C.C. No. 1.110.489.382 de Ibagué**

Es fiel copia tomada del Libro de Actas Generales de Grado, Folio No. 12 Acta No.010 de fecha 4 de Diciembre de 2.009

Dada en Ibagué a los 4 días del mes de Diciembre de 2.009

Esp. Nelly Carmenza de Perdomo
C.C. No. 28.535.469 de Ibagué
Rectora

GIMNASIO
Los Arrayanes
RECTORIA

Edna Manuel Amaya Cardona
C.C. No 28.978.185 de Venadillo
Secretaria

# La República de Colombia

EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

## Centro de Estudios
## Protea

**Ibagué - Tolima**

Aprobado por la Gobernación del Tolima, Secretaría de Educación, y la Secretaría de Educación y Cultura de Ibagué, según Resolución [illegible] del [illegible]

Confiere a:

# Ricardo Mejía Arango

Identificado con C.C. No. [illegible] de Ibagué

El Título de

# Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado la educación correspondiente

Dado en Ibagué a los [illegible]

Evangelina de la Hoz
Directora

Adriana Ruiz
Secretaria

Asentado al libro No. 002 del folio No. 005 Acta Académica No. 045

Resolución [illegible] de la Secretaría de Educación, [illegible] de Ibagué [illegible]

Ibagué, [illegible]

Resolución 0539 de mayo 18 de 1998 S.E.T
DANE NID 373001010488
CODIGO ICFES 002900
CAPACITAMOS PARA LA VIDA Y LA PAZ

# ACTA DE GRADO

En la ciudad de Ibagué a los Veintiocho (28) dias del mes de Julio de año 2012 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, la suscrita rectora y Secretaria en la Rectoria del CENTRO DE ESTUDIOS "PROTEA".

Institución aprobada hasta el segundo ciclo especial integrado en el nivel de Educación Media y autorizada por la Secretaria de Educación Departamental para otorgar el titulo de Bachiller Académico modalidad presencial por ciclos segùn resolución N00539 del 18 de Marzo de1998.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes a la educación media, se procedió a otorgar el TITULO DE BACHILLER ACADEMICO al estudiante cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación: Ricardo Mejia Arango Identificado (a) con C.C o T.I 93-355-277 de Ibagué.

Es fiel copia tomada del acta original No 045 de fecha del Veintiocho (28) dias del mes de Julio de año 2012, que consta de 70 alumnos que comienzan con el nombre de Aldana Patiño Javier Alonso y se cierra con el nombre de Valdez Triviño Rafael Ricardo.

Firmado y sellado por Evangelina de la Hoz (rectora) y ADRIANA RUIZ (secretaria).

Dado en Ibagué a los Veintiocho (28) dias del mes de Julio de año 2012.

Firmado y Sellado

Evangelina de la Hoz
Rectora
C.C No 65.759.347 de Ibagué

Adriana Ruiz
Secretaria
C.C No 65.780.437 de Ibagué

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

y en su nombre

La Institución Educativa

" Miguel de Cervantes Saavedra "

Ibagué - Tolima

Autorizada por la Secretaría de Educación Municipal de Ibagué, según Resolución No. 71-002931 del 12 de Noviembre de 2013

Confiere a:

# Jhon Jairo Méndez Rondon

Identificado (a) con C.C. No. 93374901 de Ibagué - Tolima

El Título de

# Bachiller Académico

Por haber cursado y alcanzado satisfactoriamente los objetivos específicos de formación, correspondientes al Ciclo Especial Integrado II de Educación Media Académica, según los planes y programas vigentes - decreto 3011 del 19 de Diciembre de 1997.

Acta General de Graduación No. 002 del 2 de Diciembre de 2014 Folios No. 76 al 78

Libro de Registro No. 01 Folio No. 042 al 045

Dado en Ibagué - Tolima, a los 5 días del mes de Diciembre de 2014

Esp. Ernesto Ustáriz Velasquez
C.C. No. 4.722.931 de Ibagué (Belalcázar)
Rector

Jerney Leonardo Ortiz Barrios
C.C. No. 5.829.812 de Ibagué - Tol.
Asistente administrativo

Institución Educativa Técnica Empresarial

" MIGUEL DE CERVANTES SAAVEDRA "

Calle 28 No.4C-115 Tel.2664687 - 2700329

Ibagué - Tolima

Código Dane: 173001011482

# Acta Individual de Graduación

En la Ciudad de Ibagué, a los dos (2) días del mes de Diciembre de dos mil catorce (2014), se reunieron en la rectoría, el Rector y el Auxiliar Administrativo con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último grado de Educación Media jornada sábado de la Institución Educativa Miguel de Cervantes Saavedra de Ibagué, Institución autorizada para otorgar el Titulo de "Bachiller Académico", con reconocimiento de estudios en educación preescolar, básica primaria y secundaria y media técnica con especialidad empresarial, énfasis en comercialización de productos y servicios en jornada diurna, educación de adultos modalidad de ciclos "Ciclo especial integrado III, IV de secundaria y I y II de media académica en jornada nocturna y sabatina", según resolución No.71-002931 del 12 de Noviembre de 2013 emanada de la Secretaría de Educación Municipal de Ibagué.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los graduandos- estudiantes que cursó y aprobó los planes de estudio correspondientes al Nivel de Educación Media Académica precisados en el Proyecto Educativo Institucional, se procedió a otorgar el Título de "Bachiller Académico" y a expedir su respectivo diploma y acta individual de grado a los graduandos cuyos nombres y apellidos y documentos de identidad se relacionan a continuación:

Jhon Jairo Méndez Rondón

**C.C. No. 93374901 de Ibagué - Tolima**

Esta acta consta de sesenta y cinco (65) estudiantes graduandos, que comienza con el nombre de Jheison Jesus Aguiar Alvarez y se cierra con el nombre de María de los Angeles Zapata Poloche.

Es copia tomada del libro de Actas Generales de Grado No.001, Folios No. 76 al 79 Acta No.002 del 2 de Diciembre de 2014.

Se expide en Ibagué - Tolima, a los 5 días del mes de Diciembre de 2014.

Esp.Ernesto Jaime Rotavae
C.C. No. 4 722 931 de Paez (Belalcázar)
Rector

Ferney Leonardo Ortiz Barrios
C.C. No. 5.829.812 de Ibagué - Tol.
Auxiliar Administrativo

La República de Colombia

Y en su nombre la

# Institución Educativa
# INEM Manuel Murillo Toro

Ibague Tolima

Aprobada por el Ministerio Educación Nacional, Segun Resolucion No. 3930
Del 24 de Mayo de 1984 y Resolución No 1228. Del 3 de Octubre de 1985

Confiere a:

## Mora Gaona Henrry

Identificado (a) con CC. No 93.365.586 de Ibague

El titulo de:

## Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes
Al nivel de Educación Media, segun los planes y
Programas vigentes para la Jornada Nocturna

INEM Ibague

Matthieu Vargas

Rector
Matteo Vargas
C.C. No 40.007.943

Acta General de Graduación No 34 del 30 de Noviembre de 1992
Folio No. 56
Dado en Ibague -Tolima, a los 30 días del mes de Noviembre de 1992

Por reposición refrendado por la Secretaría De Educación según Decreto 921 de Mayo de 1990
Y 2150 del 3 de noviembre de 1992 de la presidencia de la república

Scanned by TapScanner

INSTITUCION EDUCATIVA INEM MANUEL MURILLO TORO

Ibagué-Tolima

# Acta Individual De Grado

[illegible] del mes de Noviembre de 1992, se reunieron para formalizar la graduación de los [illegible] grado, los suscritos Rector MATHEO VAZQUEZ identificado con CC. 10.007.983, en la [illegible] institución educativa Inem Manuel Murillo Toro, aprobada hasta nueva visita en el nivel de [illegible] y autorizada para otorgar el título de BACHILLER ACADEMICO según resolución No 0210 [illegible] de 1984 y Resolución No 1228. Del 3 de Octubre de 1985 14 de diciembre de 1990 de la secretaría [illegible] municipal.

[illegible] la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios [illegible] al nivel de educación media se procedió a otorgar el título de:

## Bachiller Académico

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

## Mora Gaona Henrry

CC. 93.385.868 de Ibagué

Fiel copia tomada del original que reposa en el libro general de actas de grado, Acta No. No 34 del 30 de Noviembre de 1992 Folio No. 40.

Acta consta de 80 estudiantes, comienza con el nombre de ARIZA JHON JAIRO y termina con el nombre de ZULUAGA ANDERSON JULIAN

En constancia firma quien intervino en la graduación.

Dada en Ibagué, a los 30 días del mes de Noviembre de mil novecientos noventa y dos 1992.

INEM Ibagué

Matthéo Vazquez

Rector

Mattheo Vázquez

C.C. No 10.007.983

Scanned by TapScanner

La República de Colombia
Y en su nombre el colegio

## Víctor Ramírez Arévalo

Ibagué - Tolima

Aprobado por el Ministerio de Educación Nacional, según Resolución Nro. 109 de agosto 14 de 1980 por la gobernación del Tolima

Confiere a

## Héctor Naranjo Valero

Identificado con T. C. Nro. 93.336.225 De Ibagué-Tolima

El título de

## Bachiller Académico Nocturno

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de educación media vocacional según los programas vigentes

Rector

Secretaria

Dado en Ibagué-Tolima a los 05 del mes de diciembre de 1990 Anotado al folio no. 7-M-3 libro de registro No. 16-80

INSTITUCION COLEGIO PILOTO SANTANA AMARILO

DIRECCION CARRERA 5a.#20A-CALLES 19 Y 21 BARRIO YUCATAN

JORNADA MATUTINA.

Inscripción SE. No. 13111-4

Inscripción D A N E No. 376606006171

## ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACION

En la ciudad de IBAGUE a los 22 días del mes de DICIEMBRE de año 19 92 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado. ,

Los suscritos Rector (a) y secretario (a) en la Rectoría del COLEGIO PILOTO SANTANA AMARILO.

Institución aprobada hasta UNDECIMO en el Nivel de Educación Media Vocacional y Autorizado por LA SUPERINTENDENCIA DEL TOLIMA.

Para otorgar el Título de Bachiller Modalidad ACADEMICA.

Según Resolución No. 103 DE AGOSTO 14 DE 1.990

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y Aprobaron los estudios correspondientes a Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió A otorgar el TITULO DE BACHILLER ACADEMICO.

Al graduando cuyo Nombres, Apellidos y Numero de documento de Identidad se relacionan a Continuación: NELSON ANDRES VARGAS V.D.No.93.338.223 DE IBAGUE TOL.

Es copia tomada del Libro de Actas Generales del Grado. Folio No. 1-X-1

Acta No. 16-92 de fecha DIC.03-1992 que consta de 1

Alumnos que comienza con el nombre de MARIN VALERO HECTOR.

Y se cierra con el nombre de MARIN VALERO HECTOR.

Firmada y sellada por JOSE ARTURO RAMOS ROMERO (Rector-a)

Y [illegible] (Secretario-a)

Dada en IBAGUE a los 05 días del mes de DICIEMBRE de 19 92.

RECTOR(A) SECRETARIO(A)

C.C No. [illegible] de Ibague. C.C.No. 65.733.71[illegible] de [illegible].

DEPARTAMENTO DEL TOLIMA
SECRETARIA DE EDUCACION Y CULTURA

**Código Dane** 173411 e alumno — CERTIFICADO No. —
CENTRO EDUCATIVO ANTONIO NARIÑO — REG. EDUCATIVO No. —
DISTRITO EDUCATIVO No. 1 NUCLEO No. 4 MUNICIPIO Ibagué

LOS SUSCRITOS DIRECTOR DE LA ESCUELA Y PROFESOR DEL GRADO QUINTO DE ENSEÑANZA BASICA PRIMARIA

**C E R T I F I C A N :**

Que el alumno(a) BENJAMIN CHUFLA MORALES
Identificado(a) con la T.I. No. — expedida en — CURSO 5°
en este establecimiento durante el año lectivo de 19 88 el QUINTO GRADO de Enseñanza Básica Primaria, en cumplimiento de los Decretos 1002 de 1.984 y 1469 de 1.987, y fue PROMOVIDO al SEXTO GRADO de Educación Básica Secundaria

En los procesos de desarrollo y en las áreas académicas cursadas presentó los siguientes logros y/o dificultades.

| NIVEL ALCANZADO EN LOS PROCESOS DE DESARROLLO<br>Síntesis descriptiva - explicativa de los logros y/o dificultades | |
|---|---|
| DESARROLLO FISICO | PRESENTO UN DESARROLLO FISICO Y SALUD EN GENERAL BUENO. |
| DESARROLLO PSICO-MOTRIZ | PRESENTO UN DESARROLLO PSICOMOTRIZ NORMAL. |
| DESARROLLO PROCESO COGNOSCITIVO | SUS PROCESOS COGNITIVOS FUERON NORMALES. |
| DESARROLLO SOCIO-AFECTIVO (ACTITUDES Y VALORES) | PRESENTO UN COMPORTAMIENTO EN GENERAL BUENO. |
| DESARROLLO DE HABILIDADES COMUNICATIVAS | SUS HABILIDADES COMUNICATIVAS FUERON BUENAS. |

| CALIFICACION CONCEPTUAL DEFINITIVA POR AREAS. Excelente. Bueno. Aceptable. Insuficiente. | | | |
|---|---|---|---|
| AREAS ACADEMICAS | I.H.S. | CALIFICAC. | OBSERVACIONES GENERALES |
| Español y Literatura | 4 | A | ACEPTABLE |
| Matemáticas | 4 | A | ACEPTABLE |
| Ciencias Naturales y Salud | 4 | A | ACEPTABLE |
| Ciencias Sociales | 4 | A | ACEPTABLE |
| Educ. Física, Recreación y Deportes | 3 | B | BUENO |
| Educación Estética | 3 | B | BUENO |
| Educación Religiosa y Moral | 3 | B | BUENO |

El Suscrito Notario Cuarto del Circulo de Ibagué
CERTIFICA:
Que la presente fotocopia es fiel reproducción del documento que ha tenido a la vista.
10 NOV 1992
NOTARIA CUARTA IBAGUE
JAIME PINTO MERCADO
NOVENTA Y DOS

Dado en IBAGUE a los 5 días del mes de NOVIEMBRE de mil novecientos NOVENTA Y DOS

NOTA: Según el Decreto No. 1543 de 1.978, los certificados de estudio expedidos por establecimientos de educación básica primaria no necesitan autenticación en Notaría ni constancia de la Secretaría de Educación.

Director del Grupo

Director del Plantel

Libro Mayor de Registro N. 8

# El Instituto Cultural San Agustin

Aprobado por Resolución No. [illegible] de 31 de Agosto de 1957

emanada del Ministerio de Educación Nacional y

Teniendo en cuenta que

## Guslavo Ramirez Rengifo

Terminó satisfactoriamente los estudios correspondientes a la Educación Secundaria y fue aprobado mediante evaluación general y pruebas reglamentarias le confiere el Título de

## Bachiller

El Rector [illegible] La Secretaria [illegible]



Registrado bajo el No. [illegible] del Folio [illegible] del Libro de Registro No. [illegible]

Libro Mayor de Registro N. 8

Registrado al Folio 20-R del Libro de Registro No. [illegible]

El Secretario de Educación

[illegible]

Libro de Registro N. 8 Folio [illegible] No. [illegible]

La República de Colombia

y en su nombre la

Institución Educativa "AUGUSTO E. MEDINA" de Comfenalco

Ibagué - Tolima

Autorizada por la Secretaría de Educación Municipal, según Resolución No. 11-2444 del 31 de agosto de 2009

Confiere a:

# Camilo Andrés Rincón Acosta

T.I. 98102419545 Ibagué - Tolima

El Título de:

# Bachiller Académico

Intensificación en Ciencias Naturales y Matemáticas

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

Esp. Félix Amaranto Guzmán Romero
CC. 14.213.351 de Ibagué - Tolima
Rector

Mario Alberto Cardozo Cardozo
CC 83.161.140 de Ibagué - Tolima
Secretario Académico

Registrado en el Acta General de Graduación No. 01 de 07 de Diciembre de 2013. Folio 44 Reg.

Expedido en Ibagué - Tolima, el 07 de Diciembre de 2013

Este diploma no requiere registro ante la Secretaría de Educación (Decreto 1313 de mayo de 2001)

República de Colombia

# Institución Educativa "AUGUSTO E. MEDINA" de Comfenalco

Calle 123 entre carreras 18D sur y 18 Bis sur - Ciudadela Comfenalco
Registro Secretaría de Educación: 331036
Código Dane: 373001000650

## Acta Individual de Graduación

En la ciudad de Ibagué, Tolima, a los 7 días del mes de Diciembre del año 2015, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último grado, los suscritos Rector y Secretaria Académica de la Institución Educativa "AUGUSTO E. MEDINA" de Comfenalco, Institución aprobada en los diferentes niveles de educación formal y autorizada por la Secretaría de Educación Municipal, para otorgar el título de Bachiller Académico y Técnico, según resolución No 71-2444 del 31 de agosto de 2009.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica y Técnica, se procede a otorgar el título de:

## Bachiller Académico

### Intensificación en Ciencias Naturales y Matemáticas

Al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identificación se relacionan a continuación.

## Rincón Acosta Camilo Andrés

**T.I. 98102419545 Ibagué - Tolima**

Registrado en el Acta General de Graduación, No. 01 Folios 44 al 49 del 07 de diciembre de 2015.

Según Decreto Nacional No. 921 de mayo 6 de 1994, Artículo 2. "La calidad de bachiller se prueba con copia auténticada del Acta de Graduación ó con el diploma expedido por la correspondiente Institución Educativa".

En consonancia se firma la presente, por quienes intervinieron en el cumplimiento de lo ordenado en el artículo 11 del Decreto 1860 de 1994.

Dado en Ibagué Tolima, a los 07 días del mes de Diciembre de 2015.

Firmada y Sellada

Esp. Félix Antonio Guzmán Romero
CC. 14.213.851 de Ibagué - Tolima
Rector

María Rocío Lozano Giraldo
CC. 65.765.140 de Ibagué - Tolima
Secretaria Académica

Para su validez no se requiere la firma ni el sello de la Secretaría de Educación según Decreto 2150 de diciembre 5 de 1995.

135

36

La República de Colombia

Y en su nombre

El Instituto Nocturno

# "Simón Bolívar"

de Ibagué - Tolima

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional, según Resolución No. 15120 del 13 de Septiembre de 1985

Confiere a

## Luis Roberto Vásquez Reyes

Identificado con C. de C. No. 93'360.023 de Ibagué

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

Secretaria

Ibagué, 21 de Diciembre de 1990

Anotado al Folio No. 2-V-1

Libro de Registro No. 10

Secretario de Educación

37

NOMBRE INSTITUTO NOCTURNO SIMON BOLIVAR- IBAGUE
DIRECCION Cra. 3 # 7-75 Ibagué- Tolima
JORNADA NOCTURNA

Inscripción S.E.: 131070
Inscripción DANE: 173001063333

# ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACION

En la Ciudad de IBAGUE a los 21 días del mes de DICIEMBRE del año 1.990 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último grado, los suscritos Rector y Secretario(a) en la Rectoría del INSTITUTO NOCTURNO SIMON BOLIVAR Institución aprobada hasta NOVENO GRADO en el Nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el M.E.N. para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad ACADEMICO según Resolución N° 15120 de 3 de septiembre de 19 85.

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 TITULO DE BACHILLER ACADEMICO al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

VASQUEZ REYES LUIS ROBERTO, C.C. 93.360.023 de Ibagué

Es copia tomada del libro de Actas Generales del Grado. Folio N° 034-038
Acta N° 001 de fecha 21 de diciembre/90, que consta de 20 alumnos, comienza con el nombre de ACOSTA OSPINA CIELO
y se cierra con el nombre de VERA OVIEDO JAIRO ALBERTO

Firmada y sellada por MARIO CUBILLOS OROZCO (Rector) y GISELLA PLAZAS TOVAR Secretario(a).

Dada en IBAGUE a los 21 días del mes de diciembre del.°

MARIO CUBILLOS OROZCO
El Rector, (Firma y Sello)
C.C. No. 407.983 Tabio Cund.

GISELLA PLAZAS TOVAR
El Secretario, (Firma y Sello)
C.C. No. 38.251.490 de Ibagué

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

**INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO**

*NIT. 901366232-1*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

# *Certifica*

# *Anibal Alba Blandon*

## *CC 93361320 de Ibagué - Tolima*

Realizó y aprobó el Curso en Primeros Auxilios básico y avanzado con un total de 60 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-01-15
Fecha de vencimiento: 2027-01-15

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la página
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermeria
TP 3206
Docente

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

113

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

**INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO**

*NIT. 901366232-1*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024. Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal

# *Certifica*

# *Rafael Alberto Andrade Lozano*

## *CC 12137573 de Neiva - Huila*

Realizó y aprobó el Curso en Primeros Auxilios básico y avanzado con un total de 60 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-08-20
Fecha de vencimiento: 2027-08-20

ING. SOLANELY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 320
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*

# *Germán Andrés Gallego Granada*

## *CC 6016128 de Santa Isabel, Tolima*

Realizó y aprobó el Curso en Primeros Auxilios básico y avanzado con un total de 60 Horas.

Verificación

Fecha de emisión: 2025-01-11
Fecha de vencimiento: 2027-01-11

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

ING. SOLANLEY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

115

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

**INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO**

*NIT 901366232-1*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal

# *Certifica*

# *Ricardo Mejía Arango*

## *CC 93355277 de Ibagué*

Realizó y aprobó el Curso en Primeros Auxilios básico y avanzado con un total de 60 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-08-29
Fecha de vencimiento: 2027-08-29

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la página
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista



Federico

FUNSE

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

## INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901366232-1*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

# *Certifica*

# *Héctor Naranjo Valero*

## *CC 93356225 de Ibagué - Tolima*

Realizó y aprobó el Curso en Primeros Auxilios básico y avanzado con un total de 60 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-03-31
Fecha de vencimiento: 2027-03-31

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la página
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

SERVICIOS Y ASESORIAS PROTECVida

NIT 900.651.664-8

(57+1) 310 272 5525 - Whatsapp: 3192270497 • protecvidasas@gmail.com - Bogotá D.C. / Colombia

Hace Constar Que el (la) Señor(a)

# *BENJAMIN OREJUELA MORALES*

Identificado(a) con Documento No:

## *CC 76.319.113 DE POPAYAN*

Asistió al curso de:

# *PRIMEROS AUXILIOS AVANZADOS*

Guías de lectura, del 14 de julio al 04 de agosto de 2025 Taller Practico Realizado El 05 agosto de 2025, Curso que sigue los lineamientos establecidos por la ley 115 de 1994, Art. 42, 90, Decreto 1075 de 2015 Artículo 2.6.6.8. y la Resolución 3100 de 2019 acreditando 40 horas de educación informal que no conduce a título alguno o certificado de aptitud ocupacional. tiene una vigencia de dos años.

Lo anterior se firma el día 05 del mes de agosto del año 2025

**Javier Mauricio Peña Bonilla**
Gerente General

**Gloria Elizabeth Lopez**
Directora Academica

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366252-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal

# *Certifica*

# *Gustavo Ramírez Rengifo*

## *CC 79041110 de Bogotá DC*

Realizó y aprobó el Curso en Primeros Auxilios básico y avanzado con un total de 60 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-08-14
Fecha de vencimiento: 2027-08-14

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente

ROSA GUZMAN
ESP Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

*NIT. 901366232-1*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024. Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

# *Certifica*

# *Camilo Andrés Rincón Acosta*

## *CC 1110593798 de Ibagué, Tolima*

Realizó y aprobó el Curso en Primeros Auxilios básico y avanzado con un total de 60 Horas.

Fecha de emisión: 2024-12-20
Fecha de vencimiento: 2026-12-20

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIE STEVENS BRAVO OSPINO
Jefe de Enfermeria
TP 3206
Docente

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

120

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

**INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO**

*NIT. 901366232-1*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

# *Certifica*

# *Jorge Ivan Varón Enciso*

## *CC 93470865 de Natagaima - Tolima*

Realizó y aprobó el Curso en Primeros Auxilios básico y avanzado con un total de 60 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-03-10
Fecha de vencimiento: 2027-03-10

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la página
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

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

FECHA DO

121

FUNSE

Educación

**INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO**

NIT 901166252-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal

# *Certifica*

# *Anibal Alba Blandon*

## *CC 93361320 de Ibagué - Tolima*

*Realizó y aprobó el Diplomado en Conducción de Vehículos de Emergencia - OVEM (COVE)* con un total de 120 Horas.

*Fecha de emisión: 2025-01-15*
*Fecha de vencimiento: 2027-01-15*

ADI SOLARTE COVALEDA
Representante Legal

DEISY STEFENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
SP 3206
Docente

ROSA GUZMAN
ESP Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

**INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO**

NIT 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal

# *Certifica*

# *Rafael Alberto Andrade Lozano*

## *CC 12137573 de Neiva - Huila*

Realizó y aprobó el Diplomado en Conducción de Vehículos de Emergencia - OVEM (COVE) con un total de 120 Horas.

Verificación

Fecha de emisión: 2025-08-20
Fecha de vencimiento: 2027-08-20

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

tecnico
Hercs

Educación

Salud

# FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

## 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*

# *Germán Andrés Gallego Granada*

## *CC 6016128 de Santa Isabel, Tolima*

Realizó y aprobó el Diplomado en Conducción de Vehículos de Emergencia - OVEM (COVE) con un total de 120 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-02-04
Fecha de vencimiento: 2028-02-04

ING. SOLANGY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

174

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

**INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO**

*NIT 901366232-1*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal

# *Certifica*

# *Ricardo Mejía Arango*

## *CC 93355277 de Ibagué*

Realizó y aprobó el Diplomado en Conducción de Vehículos de Emergencia - OVEM (COVE) con un total de 120 Horas.

Verificación

Fecha de emisión: 2025-08-29
Fecha de vencimiento: 2027-08-29

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la página
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente

ROSA GUZMAN
CSP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

**INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO**

*NIT. 901366232-1*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

# *Certifica*

# *Héctor Naranjo Valero*

## *CC 93356225 de Ibagué - Tolima*

alizó y aprobó el Diplomado en Conducción de Vehículos de Emergencia - OVEM (COVE) con un total de 120 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-09-03
Fecha de vencimiento: 2027-09-03

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la página
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente

ROSA GUZMAN
ESP Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

176

SERVICIOS Y ASESORIAS PROTECVida
NIT. 900.651.664-8
(57+1) 310 272 5525 - Whatsapp 3192270497 • protecvidasas@gmail.com - Bogotá D.C. / Colombia

Hace Constar Que el (la) Señor(a)

# *BENJAMIN OREJUELA MORALES*

Identificado(a) con Documento No:

## *CC 76.319.113 DE POPAYAN*

Asistió al curso de:

# *MANEJO DE AMBULANCIAS Y VEHICULOS DE EMERGENCIAS*

lulas de lectura, del 19 de julio al 11 de agosto de 2025 Taller Practico Realizado El 12 agosto de 2025, Curso que sigue los lineamientos tablecidos por la ley 115 de 1994, Art. 42, 90, Decreto 1075 de 2015 Artículo 2.6.6.8, y la Resolución 3100 de 2019 acreditando 40 horas de educación informal que no conduce a título alguno o certificado de aptitud ocupacional. tiene una vigencia de dos años.

Lo anterior se firma el día 12 del mes de agosto del año 2025

**Javier Mauricio Peña Bonilla**
Gerente General

**Gloria Elizabeth Lopez**
Directora Academica

421

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

**INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO**

*NIT. 901366232-1*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

# *Certifica*

# *Gustavo Ramírez Rengifo*

## *CC 79041110 de Bogotá DC*

Realizó y aprobó el Diplomado en Conducción de Vehículos de Emergencia - OVEM (COVE) con un total de 120 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-03-10
Fecha de vencimiento: 2027-03-10

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la página
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Firmum

121

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT 901366232-1

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

# *Certifica*

# *Camilo Andrés Rincón Acosta*

## *CC 1110593798 de Ibagué, Tolima*

izó y aprobó el Diplomado en Conducción de Vehículos de Emergencia - OVEM (COVE)
con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2024-12-20
Fecha de vencimiento: 2026-12-20

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Director Administrativo
TP. No 70976 - 051880 Copnia

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

179

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

**INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO**

*NIT. 901366232-1*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024. Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

# *Certifica*

# *Jorge Iván Varón Enciso*

## *CC 93470865 de Natagaima - Tolima*

alizó y aprobó el Diplomado en Conducción de Vehículos de Emergencia - OVEM (COVE) con un total de 120 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-08-26
Fecha de vencimiento: 2027-08-26

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la página
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

## INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901366232-1*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

# *Certifica*

# *Anibal Alba Blandon*

## *CC 93361320 de Ibagué - Tolima*

Realizó y aprobó el Curso en Mecánica Básica
con un total de 60 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-06-11
Fecha de vencimiento: 2027-06-11

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la página
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermeria
TP 3208
Docente

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

121

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

**INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO**

*NIT 901366232-1*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

# *Certifica*

# *Rafael Alberto Andrade Lozano*

## *CC 12137573 de Neiva - Huila*

Realizó y aprobó el Curso en Mecánica Básica
con un total de 60 Horas.

Fecha de emisión: 2025-08-20
Fecha de vencimiento: 2027-08-20

Verificación

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3200
Docente

ROSA GUZMAN
ESP Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

Salu

# FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

## 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*

# *Germán Andrés Gallego Granada*

## *CC 6016128 de Santa Isabel, Tolima*

Realizó y aprobó el Curso en Mecánica Básica
con un total de 60 Horas.

Verificación

Fecha de emisión: 2026-02-04
Fecha de vencimiento: 2028-02-04

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

ING. SOLANLEY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3208
Docente

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

123

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

*NIT. 901366232-1*

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

# *Certifica*

# *Ricardo Mejía Arango*

## *CC 93355277 de Ibagué*

Realizó y aprobó el Curso en Mecánica Básica
con un total de 60 Horas.

Fecha de emisión: 2024-12-03
Fecha de vencimiento: 2026-12-03

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Director Administrativo
TP. No 70976 - 051880. Copnia

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

**INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO**

*NIT. 901366232-1*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024 Secretaría de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal

# *Certifica*

# *Gustavo Ramírez Rengifo*

## *CC 79041110 de Bogotá DC*

Realizó y aprobó el Curso en Mecánica Básica
con un total de 60 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-08-14
Fecha de vencimiento: 2027-08-14

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3208
Docente

ROSA GUZMAN
ESP Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

*NIT. 901366232-1*

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

# *Certifica*

# *Camilo Andrés Rincón Acosta*

## *CC 1110593798 de Ibagué - Tolima*

Realizó y aprobó el Curso en Mecánica Básica
con un total de 60 Horas.

Fecha de emisión: 2024-05-31
Fecha de vencimiento: 2026-05-31

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Director Administrativo
TP. No 70976 - 051880. Copnia

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

**INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO**

*NIT. 901366232-1*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

# *Certifica*

# *Jorge Ivan Varón Enciso*

## *CC 93470865 de Natagaima - Tolima*

Realizó y aprobó el Curso en Mecánica Básica
con un total de 60 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-03-10
Fecha de vencimiento: 2027-03-10

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la página
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermeria
TP 3206
Docente

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Jorge

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

***Hace constar que***

## MARIO CAMILO CONEO OSORIO

*Con Cédula de Ciudadanía No. 1234645030*

*Cursó y aprobó la acción de Formación*

## MARKETING DIGITAL

*con una duración de 48 horas*

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Neiva, a los cinco (5) días del mes de noviembre de dos mil veinticinco (2025)*

Firmado Digitalmente por

FERMIN BELTRAN BARRAGAN
SUBDIRECTOR
CENTRO DE LA INDUSTRIA, LA EMPRESA Y LOS SERVICIOS
REGIONAL HUILA

**108441081 - 05/11/2025**
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web https://certificados.sena.edu.co, bajo el número 952700334257?CC1234645030C.

Scanned with CamScanner

MISION MEDICA

Cruz Roja Colombiana

La Cruz Roja Colombiana hace constar que

# Anibal Alba Blandon

CC No. 93361320

Participó en el Taller de Sensibilización sobre

# MISIÓN MÉDICA

Realizado en Ibagué – Tolima el día 29 de abril de 2024 en las instalaciones de la Gobernación del Tolima con una intensidad de siete (7) horas

Esta constancia fue generada en la ciudad de Bogotá DC – Colombia, el 21 de mayo de 2024

Carlos Andrés Maruland[illegible]
Coordinador Nacional Programa Misión Médica
Cruz Roja Colombiana

EGIS

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

**INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO**

*NIT. 901366232-1*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal

# *Certifica*

# *Rafael Alberto Andrade Lozano*

## *CC 12137573 de Neiva - Huila*

Realizó y aprobó el Curso en Misión Médica
con un total de 48 Horas.

Verificación

Fecha de emisión: 2025-08-20
Fecha de vencimiento: 2027-08-20

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la página
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3208
Docente

ROSA GUZMAN
ESP Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

Salu

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

**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*

# *Germán Andrés Gallego Granada*

## *CC 6016128 de Santa Isabel, Tolima*

Realizó y aprobó el Curso en Misión Médica
con un total de 48 Horas.

Verificación

Fecha de emisión: 2026-02-04
Fecha de vencimiento: 2028-02-04

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

ING. SOLANLEY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

## INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901366232-1*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

# *Certifica*

# *Ricardo Mejía Arango*

## *CC 93355277 de Ibagué Tolima*

Realizó y aprobó el Curso en Misión Médica
con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-03-11
Fecha de vencimiento: 2027-03-11

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la página
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermeria
TP 3206
Docente

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

## INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901366232-1*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

# *Certifica*

# *Héctor Naranjo Valero*

## *CC 93356225 de Ibagué - Tolima*

Realizó y aprobó el Curso en Misión Médica
con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-06-17
Fecha de vencimiento: 2027-06-17

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la página
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente

ROSA GUZMAN
ESP Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

241

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

## INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901366232-1*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024. Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

# *Certifica*

# *Benjamín Orjuela Morales*

## *CC 76319113 de Popayán- Cauca*

Realizó y aprobó el Curso en Misión Médica
con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-08-03
Fecha de vencimiento: 2027-08-03

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la página
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

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

143

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

# 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*

# *Gustavo Ramírez Rengifo*

## *CC 79041110 de Bogotá DC*

Realizó y aprobó el Curso en Misión Médica
con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-08-14
Fecha de vencimiento: 2027-08-14

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la página
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co

ING. SOLANLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

**INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO**

*NIT. 901366232-1*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

# *Certifica*

# *Camilo Andrés Rincón Acosta*

## *CC 1110593798 de Ibagué, Tolima*

Realizó y aprobó el Curso en Misión Médica
con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-06-18
Fecha de vencimiento: 2027-09-18

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermeria
TP 3206
Docente

ROSA GUZMAN
ESP. Orientacion Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

**INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO**

*NIT. 901366232-1*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal

# *Certifica*

# *Jorge Iván Varón Enciso*

## *CC 93470865 de Natagaima - Tolima*

Realizó y aprobó el Curso en Misión Médica
con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-08-26
Fecha de vencimiento: 2027-08-26

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la página
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

**INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO**

*NIT. 901366232-1*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal

# *Certifica*

# *Anibal Alba Blandon*

## *CC 93361320 de Ibagué - Tolima*

y aprobó el Curso en capacitación del Uso de Desfibrilador Externo Automatico - DEA (Resolucion 3316 del 2019)
con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-06-11
Fecha de vencimiento: 2027-06-11

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la página
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermeria
TP 3206
Docente

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

**INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO**

*NIT 901366232-1*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal

# *Certifica*

# *Rafael Alberto Andrade Lozano*

## *CC 12137573 de Neiva - Huila*

zó y aprobó el Curso en capacitación del Uso de Desfibrilador Externo Automatico - DEA (Resolucion 3316 del 2019)
con un total de 48 Horas.

Verificación

Fecha de emisión: 2025-08-20
Fecha de vencimiento: 2027-08-20

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermeria
TP 3208
Docente

ROSA GUZNAN
ESP Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Salud

**INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO**

*NIT. 901366232-1*

Aprobado Mediante Resolucion 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*
# *Germán Andrés Gallego Granada*
## *CC 6016128 de Santa Isabel, Tolima*

Realizó y aprobó el Curso en capacitación del Uso de Desfibrilador Externo Automatico - DEA (Resolucion 3316 del 2019)
con un total de 48 Horas.

Verificación

Fecha de emisión: 2026-02-04
Fecha de vencimiento: 2028-02-04

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

149

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

**INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO**

*NIT. 901366232-1*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

# *Certifica*

# *Ricardo Mejía Arango*

## *CC 93355277 de Ibagué Tolima*

y aprobó el Curso en capacitación del Uso de Desfibrilador Externo Automatico - DEA (Resolucion 3316 del 2019)
con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-03-11
Fecha de vencimiento: 2027-03-11

FUNDACIONNUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la página
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermeria
TP 3206
Docente

ROSA GUZMAN
ESP Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

**INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO**

*NIT. 901366232-1*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

# *Certifica*

# *Héctor Naranjo Valero*

## *CC 93356225 de Ibagué - Tolima*

ealizó y aprobó el Curso en capacitación del Uso de Desfibrilador Externo Automatico - DEA (Resolucion 3316 del 2019)
con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-01-16
Fecha de vencimiento: 2027-01-16

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la página
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermeria
TP 3206
Docente

ROSA GUZMAN
ESP Orientacion Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

SERVICIOS Y ASESORIAS PROTECVida
NIT. 900.651.664-8
(57+1) 310 272 5525 - Whatsapp 3192270497 • protecvidasas@gmail.com - Bogotá D.C. / Colombia

Hace Constar Que el (la) Señor(a)

# *BENJAMIN OREJUELA MORALES*

Identificado(a) con Documento No:

## *CC 76.319.113 DE POPAYAN*

Asistió al curso de:

# *MANEJO DEL DESFIBRILADOR EXTERNO AUTOMATICO (DEA)*

guías de lectura, del 18 de julio al 08 de agosto de 2025 Taller Practico Realizado El 09 agosto de 2025, Curso que sigue los lineamientos establecidos por la ley 115 de 1994, Art. 42, 90, Decreto 1075 de 2015 Artículo 2.6.6.8. y la Resolución 3100 de 2019 acreditando 40 horas de educación informal que no conduce a título alguno o certificado de aptitud ocupacional. tiene una vigencia de dos años.

Lo anterior se firma el día 09 del mes de agosto del año 2025

**Javier Mauricio Peña Bonilla**
Gerente General

**Gloria Elizabeth Lopez**
Directora Academica

ación

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Salud

**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*

# *Gustavo Ramírez Rengifo*

## *CC 79041110 de Bogotá DC*

aprobó el Curso en capacitación del Uso de Desfibrilador Externo Automatico - DEA (Resolucion 3316 del 2019)
con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-08-14
Fecha de vencimiento: 2027-08-14

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

151

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

**INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO**

*NIT. 901366232-1*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

# *Certifica*

# *Camilo Andrés Rincón Acosta*

## *CC 1110593798 de Ibagué, Tolima*

y aprobó el Curso en capacitación del Uso de Desfibrilador Externo Automatico - DEA (Resolucion 3316 del 2019)
con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-05-15
Fecha de vencimiento: 2027-05-15

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la página
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermeria
TP 3206
Docente

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

**INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO**

*NIT. 901366232-1*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

# *Certifica*

# *Jorge Iván Varón Enciso*

## *CC 93470865 de Natagaima - Tolima*

aprobó el Curso en capacitación del Uso de Desfibrilador Externo Automatico - DEA (Resolucion 3316 del 2019)
con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-08-26
Fecha de vencimiento: 2027-08-26

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermeria
TP 3206
Docente

ROSA GUZMAN
ESP Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

**INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO**

*NIT 901366232-1*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024. Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal

# *Certifica*

# *Rafael Alberto Andrade Lozano*

## *CC 12137573 de Neiva - Huila*

zó y aprobó el Curso en Atención Integral a Victimas de Quemadura con Agentes Químicos Resolución 3100 de 2019
con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2025-08-20
Fecha de vencimiento: 2027-08-20

ING. SOLANLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermeria
TP 3200
Docente

ROSA GUZMAN
ESP Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

Salud

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

**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*

# *Germán Andrés Gallego Granada*

## *CC 6016128 de Santa Isabel, Tolima*

alizó y aprobó el Curso en Atención Integral a Victimas de Quemadura con Agentes Químicos Resolución 3100 de 2019

con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-12-19
Fecha de vencimiento: 2027-12-19

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la página
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermeria
TP 3208
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

**INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO**

*NIT. 901366232-1*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal

# *Certifica*

# *Rubén Luna Sánchez*

## *CC 5936709 de Lérida - Tolima*

aprobó el Curso en Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos Resolución 3100 de 2019
con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-08-20
Fecha de vencimiento: 2027-08-20

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la página
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente

ROSA GUZMAN
ESP Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

**INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO**

*NIT 901366232-1*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal

# *Certifica*

# *Ricardo Mejía Arango*

## *CC 93355277 de Ibagué*

Realizó y aprobó el Curso en Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos Resolución 3100 de 2019
con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-08-29
Fecha de vencimiento: 2027-08-29

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la página
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

# FUNDACION AYUDA VITAL

NIT 901579834-1

**"Por qué a esta hora y a toda hora hay alguien de la fundación ayuda vital trabajando por Colombia"**

En cumplimiento en el decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 en el artículo 2.6.6.8 decreto único sector educación informal

**HACE CONSTAR QUE:**

**JHON JAIRO MENDEZ RONDON**

**CC. 93374901**

Asistió y aprobó el **CURSO DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS** con intensidad horaria de 60 Horas Realizado por profesionales de la salud el 03 de abril del 2026. Esta constancia tiene validez hasta el 03 de abril del 2028.

Alejandro Correa

**Manuel Alejandro Correa Baron**
**Representante Legal**
**Fundación Ayuda Vital**

MARLIE BARON DAZA

**Marlie Baron Daza**
**Secretaria**
**Fundación Ayuda Vital**

**3115719413** **Fundación Ayuda Vital**

Scanned with CamScanner

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

## INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901366232-1*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

# *Certifica*

# *Héctor Naranjo Valero*

## *CC 93356225 de Ibagué - Tolima*

aprobó el Curso en Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos Resolución 3100 de 2019
con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-09-03
Fecha de vencimiento: 2027-09-03

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

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

191

SERVICIOS Y ASESORIAS PROTECVida

NIT. 900.631.664-8

(57+1) 310 272 5525 - Whatsapp 3192270497 • protecvidasas@gmail.com - Bogotá D.C. / Colombia

V2M1S113052021197

Hace Constar Que el (la) Señor(a)

# *BENJAMIN OREJUELA MORALES*

Identificado(a) con Documento No:

## *CC 76.319.113 DE POPAYAN*

Asistió al curso de:

# *TENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS*

uías de lectura, del 29 de julio al 19 de agosto de 2025 Taller Practico Realizado El 19 agosto de 2025, Curso que sigue los lineamientos blecidos por la ley 115 de 1994, Art. 42, 90, Decreto 1075 de 2015 Artículo 2.6.6.8. y la Resolución 3100 de 2019 acreditando 40 horas de educación informal que no conduce a título alguno o certificado de aptitud ocupacional. tiene una vigencia de dos años.

Lo anterior se firma el día 19 del mes de agosto del año 2025

**Javier Mauricio Peña Bonilla**
Gerente General

**Gloria Elizabeth Lopez**
Directora Academica

ación

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Salud

# 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*

# *Gustavo Ramírez Rengifo*

## *CC 79041110 de Bogotá DC*

aprobó el Curso en Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos Resolución 3100 de 2019
con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-08-14
Fecha de vencimiento: 2027-08-14

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la página
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3208
Docente

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

# INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901544869-6*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

## *Hace Constar que:*

# *Camilo Andres Rincon Acosta*

## *CC 1110593798 de Ibague - Tolima*

Realizó y aprobó el Curso Protocolos de Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos - Resolución 3100 de 2019.
con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-03-23
Fecha de vencimiento: 2028-03-23

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

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880 Copnia

DEIBE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermeria
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

Salud

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

**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*

# *Mario Camilo Coneo Osorio*

## *CC 1234645030 de Ibagué - Tolima*

Realizó y aprobó el Curso en Atención Integral a Victimas de Ataques con Agentes Químicos con un total de 80 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-07-01
Fecha de vencimiento: 2028-07-01

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la página
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Scanned with CamScanner

# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

## *ANIBAL ALBA BLANDON*

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: 100,00 %

9 de agosto de 2024

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

OPS CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

FIU Robert Stempel College of Public Health & Social Work
FLORIDA INTERNATIONAL UNIVERSITY

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=66b6281c-034c-4c4c-8cf2-fbd1ac1f0a8c

# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

## *RAFAEL ALBERTO ANDRADE LOZANO*

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: 95,00 %

9 de agosto de 2024

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

FIU Robert Stempel College of Public Health & Social Work
FLORIDA INTERNATIONAL UNIVERSITY

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/moo/mod/simplecertificate/verify.php?code=66b63a1f-be20-44ad-815f-112eac1f503f

# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

## *Nelson marlon Castro Ramirez*

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: 90,00 %

15 de agosto de 2024

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

FIU Robert Stempel College of Public Health & Social Work
FLORIDA INTERNATIONAL UNIVERSITY

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=66be6d6a-2130-496a-8ffa-1258ac1f5c38

# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

## *Cristhian Javier Delgado Quiñones*

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: 85,00 %

11 de agosto de 2024

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

FIU Robert Stempel College of Public Health & Social Work
FLORIDA INTERNATIONAL UNIVERSITY

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=66b94350-55e8-438a-965e-71bbac110258

# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

***German andres Gallego granada***

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: 95,00 %

10 de agosto de 2024

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

OPS CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

FIU Robert Stempel College of Public Health & Social Work
FLORIDA INTERNATIONAL UNIVERSITY

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/moodle/mod/simplecertificate/verify.php?code=66b753d9-e13c-4efe-8936-db58ec1f58ca

# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

## *RICARDO MEJIA ARANGO*

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: 90,00 %

8 de agosto de 2024

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

FIU Robert Stempel College of Public Health & Social Work
FLORIDA INTERNATIONAL UNIVERSITY

"La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=66b54218-f98c-4091-a1d7-0d3eac1f5c63

# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

## *HECTOR NARANJO VALERO*

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: 100,00 %

23 de agosto de 2024

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

FIU Robert Stempel College of Public Health & Social Work
FLORIDA INTERNATIONAL UNIVERSITY

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=66c8a4af-9ee8-4512-b2a3-0f01ac1f07f8

# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

## *BENJAMIN ORJUELA MORALES*

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: 90,00 %

7 de agosto de 2024

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

FIU Robert Stempel College of Public Health & Social Work
FLORIDA INTERNATIONAL UNIVERSITY

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=66b320ba-0488-4516-a324-1256ac1f5c63

# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

## *GUSTAVO RAMIREZ RENGIFO*

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: 100.00 %

10 de agosto de 2024

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

FIU Robert Stempel College of Public Health & Social Work
FLORIDA INTERNATIONAL UNIVERSITY

"La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=66b79021-9168-445c-8aeb-d22eac1f55ca

# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

## *Camilo Andres Rincon Acosta*

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: 90,00 %

29 de enero de 2025

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

FIU Robert Stempel College of Public Health & Social Work
Florida International University

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=66c592c9-07cc-493d-8762-08bdac1f56f9

# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

## *Jorge ivan Varon enciso*

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: 90,00 %

24 de agosto de 2024

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

FIU Robert Stempel College of Public Health & Social Work
FLORIDA INTERNATIONAL UNIVERSITY

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/moocc/mod/simplecertificate/verify.php?code=66ca5efa-7250-4cf1-8371-4810ac1f07f8

125

GRUPO EMPRESARIAL TEMPORALES DEL TOLIMA

NIT: 901.445.011-1

# GRUPO EMPRESARIAL TEMPORALES DEL TOLIMA
# NIT: 901.445.011-1

## CERTIFICA

Que **ANIBAL ALBA BLANDON** identificada con la cédula de ciudadanía **No 93.361.320** labora en esta compañía desempeñando el cargo de **CONDUCTOR**, mediante un contrato de obra labor, desde el (24-09-2024 al 30-09-2025) y del 01 de Octubre del 2025 a la fecha, en misión para el **HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA ESE**, devengando los siguientes valores "salario, auxilio de transporte, recargos" con un promedio de ($2.137.287), durante el tiempo de vinculación demostró ser una persona responsable y cumplidora de todas sus actividades encomendadas.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los (12) días del mes de Mayo del 2026.

Cordialmente,

**ANDREA MARIÑO**
**REPRESENTANTE LEGAL**

DIRECCION: CRA 3 #12-54 CC COMBEIMA OF 404
CORREO ELECTRÓNICO: grupoempresarialtemporales@gmail.com
**CELULAR: 3178386193**
IBAGUE- TOLIMA

NIT: 901.445.011-1

# GRUPO EMPRESARIAL TEMPORALES DEL TOLIMA
# NIT: 901.445.011-1

## CERTIFICA

Que **RAFAEL ALBERTO ANDRADE LOZANO** identificada con la cédula de ciudadania **No 12.137.573** labora en esta compañía desempeñando el cargo de **CONDUCTOR**, mediante un contrato de obra labor, desde el (24-09-2024 al 30-09-2025) y del 01 de Octubre del 2025 a la fecha, en misión para el **HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA ESE**, devengando los siguientes valores "salario, auxilio de transporte, recargos" con un promedio de ($3.118.197), durante el tiempo de vinculación demostró ser una persona responsable y cumplidora de todas sus actividades encomendadas.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los (12) dias del mes de Mayo del 2026.

Cordialmente,

**ANDREA MARINO**
**REPRESENTANTE LEGAL**

DIRECCION: CRA 3 #12-54 CC COMBEIMA OF 404
CORREO ELECTRÓNICO: grupoempresarialtemporales@gmail.com
**CELULAR: 3178386193**
IBAGUE- TOLIMA

GRUPO EMPRESARIAL TEMPORALES DEL TOLIMA

NIT: 901.445.011-1

# GRUPO EMPRESARIAL TEMPORALES DEL TOLIMA
# NIT: 901.445.011-1

## CERTIFICA

Que **NELSON MARLON CASTRO RAMIREZ** identificada con la cédula de ciudadanía **No 1.110.517.350** labora en esta compañía desempeñando el cargo de **MENSAJERO**, mediante un contrato de obra labor, desde el (24-09-2024 al 30-09-2025) y del 01 de Octubre del 2025 a la fecha, en misión para el **HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA ESE**, devengando los siguientes valores "salario, auxilio de transporte, recargos" con un promedio de ($2.430.500), durante el tiempo de vinculación demostró ser una persona responsable y cumplidora de todas sus actividades encomendadas.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los (12) días del mes de Mayo del 2026.

Cordialmente,

**ANDREA MARIÑO**
**REPRESENTANTE LEGAL**

DIRECCION: CRA 3 #12-54 CC COMBEIMA OF 404
CORREO ELECTRÓNICO: grupoempresarialtemporales@gmail.com
**CELULAR: 3178386193**
IBAGUE- TOLIMA

GRUPO
EMPRESARIAL
TEMPORALES
DEL TOLIMA

NIT: 901.445.011-1

# GRUPO EMPRESARIAL TEMPORALES DEL TOLIMA
# NIT: 901.445.011-1

## CERTIFICA

Que **CRISTHIAN JAVIER DELGADO QUIÑONES** identificada con la cédula de ciudadanía **No 1.110.480.384** labora en esta compañía desempeñando el cargo de **MENSAJERO**, mediante un contrato de obra labor, desde el (24-09-2024 al 30-09-2025) y del 01 de Octubre del 2025 a la fecha, en misión para el **HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA ESE**, devengando los siguientes valores "salario, auxilio de transporte, recargos" con un promedio de ($2.430.500), durante el tiempo de vinculación demostró ser una persona responsable y cumplidora de todas sus actividades encomendadas.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los (12) días del mes de Mayo del 2026.

Cordialmente,

**ANDREA MARIÑO**
**REPRESENTANTE LEGAL**

180

GRUPO EMPRESARIAL TEMPORALES DEL TOLIMA

NIT: 901.445.011-1

# GRUPO EMPRESARIAL TEMPORALES DEL TOLIMA
# NIT: 901.445.011-1

## CERTIFICA

Que **GERMAN ANDRES GALLEGO GRANADA** identificada con la cédula de ciudadania **No 6.016.128** labora en esta compañía desempeñando el cargo de **CONDUCTOR**, mediante un contrato de obra labor, desde el (24-09-2024 al 30-09-2025) y del 01 de Octubre del 2025 a la fecha, en misión para el **HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA ESE**, devengando los siguientes valores "salario, auxilio de transporte, recargos" con un promedio de ($2.644.577), durante el tiempo de vinculación demostró ser una persona responsable y cumplidora de todas sus actividades encomendadas.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los (12) dias del mes de Mayo del 2026.

Cordialmente,

**ANDREA MARIÑO**
**REPRESENTANTE LEGAL**

DIRECCION: CRA 3 #12-54 CC COMBEIMA OF 404
CORREO ELECTRÓNICO: grupoempresarialtemporales@gmail.com
**CELULAR: 3178386193**
IBAGUE- TOLIMA

GRUPO EMPRESARIAL TEMPORALES DEL TOLIMA

NIT: 901.445.011-1

# GRUPO EMPRESARIAL TEMPORALES DEL TOLIMA
# NIT: 901.445.011-1

## CERTIFICA

Que **RUBEN LUNA SANCHEZ** identificada con la cédula de ciudadania **No 5.936.709** labora en esta compañía desempeñando el cargo de **CONDUCTOR**, mediante un contrato de obra labor, desde el (24-09-2024 al 30-09-2025) y del 01 de Octubre del 2025 a la fecha, en misión para el **HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA ESE**, devengando los siguientes valores "salario, auxilio de transporte, recargos" con un promedio de ($2.000.000), durante el tiempo de vinculación demostró ser una persona responsable y cumplidora de todas sus actividades encomendadas.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los (12) días del mes de Mayo del 2026.

Cordialmente,

**ANDREA MARIÑO**
**REPRESENTANTE LEGAL**

DIRECCION: CRA 3 #12-54 CC COMBEIMA OF 404
CORREO ELECTRÓNICO: grupoempresarialtemporales@gmail.com
**CELULAR: 3178386193**
IBAGUE- TOLIMA

NIT: 901.445.011-1

# GRUPO EMPRESARIAL TEMPORALES DEL TOLIMA
# NIT: 901.445.011-1

## CERTIFICA

Que **EDGAR GUILLERMO MEDINA RODRIGUEZ** identificada con la cédula de ciudadanía **No 1.110.489.382** labora en esta compañía desempeñando el cargo de **CONDUCTOR**, mediante un contrato de obra labor, desde el (24-09-2024 al 30-09-2025) y del 01 de Octubre del 2025 a la fecha, en misión para el **HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA ESE**, devengando los siguientes valores "salario, auxilio de transporte, recargos" con un promedio de ($3.324.005), durante el tiempo de vinculación demostró ser una persona responsable y cumplidora de todas sus actividades encomendadas.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los (12) días del mes de Mayo del 2026.

Cordialmente,

**ANDREA MARINO**
**REPRESENTANTE LEGAL**

DIRECCION: CRA 3 #12-54 CC COMBEIMA OF 404
CORREO ELECTRÓNICO: grupoempresarialtemporales@gmail.com
**CELULAR: 3178386193**
IBAGUE- TOLIMA

GRUPO EMPRESARIAL TEMPORALES DEL TOLIMA

NIT: 901.445.011-1

# GRUPO EMPRESARIAL TEMPORALES DEL TOLIMA
# NIT: 901.445.011-1

## CERTIFICA

Que **RICARDO MEJIA ARANGO** identificada con la cédula de ciudadanía **No 93.355.277** labora en esta compañía desempeñando el cargo de **CONDUCTOR**, mediante un contrato de obra labor, desde el (24-09-2024 al 30-09-2025) y del 01 de Octubre del 2025 a la fecha en misión para el **HOSPITAL FEDERICQ LLERAS ACOSTA ESE**, devengando los siguientes valores "salario, auxilio de transporte, recargos" con un promedio de ($3.229.618), durante el tiempo de vinculación demostró ser una persona responsable y cumplidora de todas sus actividades encomendadas.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los (12) días del mes de Mayo del 2026.

Cordialmente,

**ANDREA MARIÑO**
**REPRESENTANTE LEGAL**

DIRECCION: CRA 3 #12-54 CC COMBEIMA OF 404
CORREO ELECTRÓNICO: grupoempresarialtemporales@gmail.com
**CELULAR: 3178386193**
IBAGUE- TOLIMA

GRUPO EMPRESARIAL TEMPORALES DEL TOLIMA

NIT: 901.445.011-1

# GRUPO EMPRESARIAL TEMPORALES DEL TOLIMA
# NIT: 901.445.011-1

## CERTIFICA

Que **JHON JAIRO MENDEZ RONDON** identificada con la cédula de ciudadania **No 93.374.901** labora en esta compañía desempeñando el cargo de **CONDUCTOR**, mediante un contrato de obra labor, desde el (24-09-2024 al 30-09-2025) y del 01 de Octubre del 2025 a la fecha, en misión para el **HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA ESE**, devengando los siguientes valores "salario, auxilio de transporte, recargos" con un promedio de ($2.547.956), durante el tiempo de vinculación demostró ser una persona responsable y cumplidora de todas sus actividades encomendadas.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los (12) dias del mes de Mayo del 2026.

Cordialmente,

**ANDREA MARIÑO**
**REPRESENTANTE LEGAL**

DIRECCION: CRA 3 #12-54 CC COMBEIMA OF 404
CORREO ELECTRÓNICO: grupoempresarialtemporales@gmail.com
**CELULAR: 3178386193**
IBAGUE- TOLIMA

185

GRUPO EMPRESARIAL TEMPORALES

NIT: 901.445.011-1

# GRUPO EMPRESARIAL TEMPORALES DEL TOLIMA
# NIT: 901.445.011-1

## CERTIFICA

Que **HENRY MORA GAONA** identificada con la cédula de ciudadanía **No 93.385.868** labora en esta compañía desempeñando el cargo de **CONDUCTOR**, mediante un contrato de obra labor, desde el (24-09-2024 al 30-09-2025) y del 01 de Octubre del 2025 a la fecha, en misión para el **HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA ESE**, devengando los siguientes valores "salario, auxilio de transporte, recargos" con un promedio de ($2.552.333), durante el tiempo de vinculación demostró ser una persona responsable y cumplidora de todas sus actividades encomendadas.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los (12) días del mes de Mayo del 2026.

Cordialmente,

**ANDREA MARIÑO**
**REPRESENTANTE LEGAL**

DIRECCION: CRA 3 #12-54 CC COMBEIMA OF 404
CORREO ELECTRÓNICO: grupoempresarialtemporales@gmail.com
**CELULAR: 3178386193**
IBAGUE- TOLIMA

GRUPO EMPRESARIAL TEMPORALES DEL TOLIMA

NIT: 901.445.011-1

# GRUPO EMPRESARIAL TEMPORALES DEL TOLIMA
# NIT: 901.445.011-1

## CERTIFICA

Que **HECTOR NARANJO VALERO** identificada con la cédula de ciudadanía **No 93.356.225** labora en esta compañía desempeñando el cargo de **CONDUCTOR**, mediante un contrato de obra labor, desde el (24-09-2024 al 30-09-2025) y del 01 de Octubre del 2025 a la fecha, en misión para el **HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA ESE**, devengando los siguientes valores "salario, auxilio de transporte, recargos" con un promedio de ($3.046.568), durante el tiempo de vinculación demostró ser una persona responsable y cumplidora de todas sus actividades encomendadas.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los (12) días del mes de Mayo del 2026.

Cordialmente,

**ANDREA MARIÑO**
**REPRESENTANTE LEGAL**

DIRECCION: CRA 3 #12-54 CC COMBEIMA OF 404
CORREO ELECTRÓNICO: grupoempresarialtemporales@gmail.com
**CELULAR: 3178386193**
IBAGUE- TOLIMA

187

GRUPO
TEMPORALES
DEL TOLIMA

NIT: 901.445.011-1

# GRUPO EMPRESARIAL TEMPORALES DEL TOLIMA
# NIT: 901.445.011-1

## CERTIFICA

Que **BENJAMIN ORJUELA MORALES** identificada con la cédula de ciudadanía **No 76.319.113** labora en esta compañía desempeñando el cargo de **CONDUCTOR**, mediante un contrato de obra labor, desde el 24 de Septiembre del 2024 a la fecha, en misión para el **HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA ESE**, devengando los siguientes valores "salario, auxilio de transporte, recargos" con un promedio de ($1.750.905), durante el tiempo de vinculación demostró ser una persona responsable y cumplidora de todas sus actividades encomendadas.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los (12) días del mes de Mayo del 2026.

Cordialmente,

**ANDREA MARIÑO**
**REPRESENTANTE LEGAL**

DIRECCION: CRA 3 #12-54 CC COMBEIMA OF 404
CORREO ELECTRÓNICO: grupoempresarialtemporales@gmail.com
**CELULAR: 3178386193**
IBAGUE- TOLIMA

NIT: 901.445.011-1

# GRUPO EMPRESARIAL TEMPORALES DEL TOLIMA
# NIT: 901.445.011-1

## CERTIFICA

Que **GUSTAVO RAMIREZ RENGIFO** identificada con la cédula de ciudadanía **No 79.041.110** labora en esta compañía desempeñando el cargo de **CONDUCTOR**, mediante un contrato de obra labor, desde el (24-09-2024 al 30-09-2025) y del 01 de Octubre del 2025 a la fecha, en misión para el **HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA ESE**, devengando los siguientes valores "salario, auxilio de transporte, recargos" con un promedio de ($3.118.197), durante el tiempo de vinculación demostró ser una persona responsable y cumplidora de todas sus actividades encomendadas.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los (12) días del mes de Mayo del 2026.

Cordialmente,

**ANDREA MARIÑO**
**REPRESENTANTE LEGAL**

DIRECCIÓN: CRA 3 #12-54 CC COMBEIMA OF 404
CORREO ELECTRÓNICO: grupoempresarialtemporales@gmail.com
**CELULAR: 3178386193**
IBAGUE- TOLIMA

NIT: 901.445.011-1

# GRUPO EMPRESARIAL TEMPORALES DEL TOLIMA
# NIT: 901.445.011-1

## CERTIFICA

Que **CAMILO ANDRES RINCON ACOSTA** identificada con la cédula de ciudadania **No 1.110.593.798** labora en esta compañia desempeñando el cargo de **CONDUCTOR**, mediante un contrato de obra labor, desde el 01 de Febrero del 2025 a la fecha, en misión para el **HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA ESE**, devengando los siguientes valores "salario, auxilio de transporte, recargos" con un promedio de ($2.615.000), durante el tiempo de vinculación demostró ser una persona responsable y cumplidora de todas sus actividades encomendadas.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los (12) días del mes de Mayo del 2026.

Cordialmente,

ANDREA MARIÑO
REPRESENTANTE LEGAL

DIRECCION: CRA 3 #12-54 CC COMBEIMA OF 404
CORREO ELECTRÓNICO: grupoempresarialtemporales@gmail.com
**CELULAR: 3178386193**
IBAGUE- TOLIMA

GRUPO
TEMPORALES

NIT: 901.445.011-1

# GRUPO EMPRESARIAL TEMPORALES DEL TOLIMA
# NIT: 901.445.011-1

## CERTIFICA

Que **JORGE IVAN VARON ENCISO** identificada con la cédula de ciudadania **No 93.470.865** labora en esta compañía desempeñando el cargo de **CONDUCTOR**, mediante un contrato de obra labor, desde el (24-09-2024 al 30-04-2025) y del 01 de Mayo del 2025 a la fecha, en misión para el **HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA ESE**, devengando los siguientes valores "salario, auxilio de transporte, recargos" con un promedio de ($3.118.197), durante el tiempo de vinculación demostró ser una persona responsable y cumplidora de todas sus actividades encomendadas.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los (12) días del mes de Mayo del 2026.

Cordialmente,

**ANDREA MARIÑO**
**REPRESENTANTE LEGAL**

DIRECCION: CRA 3 #12-54 CC COMBEIMA OF 404
CORREO ELECTRÓNICO: grupoempresarialtemporales@gmail.com
**CELULAR: 3178386193**
IBAGUE- TOLIMA

NIT: 901.445.011-1

# GRUPO EMPRESARIAL TEMPORALES DEL TOLIMA
# NIT: 901.445.011-1

## CERTIFICA

Que **LUIS ROBERTO VASQUEZ REYES** identificada con la cédula de ciudadania **No 93.360.023** labora en esta compañia desempeñando el cargo de **CONDUCTOR**, mediante un contrato de obra labor, desde el (24-09-2024 al 30-09-2025) y del 01 de Octubre del 2025 a la fecha, en misión para el **HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA ESE**, devengando los siguientes valores "salario, auxilio de transporte, recargos" con un promedio de ($2.559.496), durante el tiempo de vinculación demostró ser una persona responsable y cumplidora de todas sus actividades encomendadas.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los (12) dias del mes de Mayo del 2026.

Cordialmente,

**ANDREA MARIÑO**
**REPRESENTANTE LEGAL**

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

# INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901366232-1*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

## *Certifica*

# *Anibal Alba Blandon*

## *CC 93361320 de Ibagué - Tolima*

Realizó y aprobó el Curso en Humanización en la Prestación de Servicios de Salud con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-06-11
Fecha de vencimiento: 2027-06-11

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la página
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3208
Docente

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

241

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

**INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO**

*NIT 901366232-1*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal

# *Certifica*

# *Rafael Alberto Andrade Lozano*

## *CC 12137573 de Neiva - Huila*

Realizó y aprobó el Curso en Humanización en la Prestación de Servicios de Salud con un total de 48 Horas.

Verificación

Fecha de emisión: 2025-08-20
Fecha de vencimiento: 2027-08-20

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la página
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
CP 3206
Docente

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

## INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901366232-1*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

# *Certifica*

# *Nelson Marlon Castro Ramirez*

## *CC 1110517350 de Ibagué - Tolima*

Realizó y aprobó el Curso en Humanización en la Prestación de Servicios de Salud con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-06-10
Fecha de vencimiento: 2027-06-10

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la página
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

**INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO**

*NIT. 901366232-1*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

# *Certifica*

# *Cristhian Javier Delgado Quiñones*

## *CC 1110480384 de Ibagué - Tolima*

Realizó y aprobó el Curso en Humanización en la Prestación de Servicios de Salud con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-06-10
Fecha de vencimiento: 2027-06-10

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3208
Docente

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

195

Educación

Salud

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

**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*

# *Germán Andrés Gallego Granada*

## *CC 6016128 de Santa Isabel, Tolima*

Realizó y aprobó el Curso en Humanización en la Prestación de Servicios de Salud con un total de 48 Horas.

Verificación

Fecha de emisión: 2026-02-04
Fecha de vencimiento: 2028-02-04

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3280
Docente

ROSA GUZMAN
Esp. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

**INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO**

*NIT. 901366232-1*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

# *Certifica*

# *Rubén Luna Sánchez*

## *CC 5936709 de Lérida - Tolima*

Realizó y aprobó el Curso en Humanización en la Prestación de Servicios de Salud con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-08-20
Fecha de vencimiento: 2027-08-20

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la página
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

Salud

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

## 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*

# *Edgar Guillermo Medina Rodríguez*

## *CC 1110489382 de Ibagué Tolima*

Realizó y aprobó el Curso en Humanización en la Prestación de Servicios de Salud con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-07-01
Fecha de vencimiento: 2028-07-01

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermeria
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

**INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO**

*NIT 901366232-1*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

# *Certifica*

# *Ricardo Mejía Arango*

## *CC 93355277 de Ibagué Tolima*

Realizó y aprobó el Curso en Humanización en la Prestación de Servicios de Salud con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-03-11
Fecha de vencimiento: 2027-03-11

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la página
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

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

# FUNDACION AYUDA VITAL

NIT 901579834-1

**"Por qué a esta hora y a toda hora hay alguien de la fundación ayuda vital trabajando por Colombia"**

En cumplimiento en el decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 en el artículo 2.6.6.8 decreto único sector educación informal

**HACE CONSTAR QUE:**

**JHON JAIRO MENDEZ RONDON**

**CC. 93374901**

Asistió y aprobó el **TALLER EN HUMANIZACION EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD** con intensidad horaria de 40 Horas Realizado por profesionales de la salud el 06 de abril del 2026. Esta constancia tiene validez hasta el 06 de abril del 2028.

Alejandro Correa

**Manuel Alejandro Correa Baron**
**Representante Legal**
**Fundación Ayuda Vital**

MARLIE BARON DAZA

**Marlie Baron Daza**
**Secretaria**
**Fundación Ayuda Vital**

**3115719413** **Fundación Ayuda Vital**

Scanned with CamScanner

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

## INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901366232-1*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

# *Certifica*

# *Henry Mora Gaona*

## *CC 93385868 de Ibagué - Tolima*

Realizó y aprobó el Curso en Humanización en la Prestación de Servicios de Salud con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-06-10
Fecha de vencimiento: 2027-06-10

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verificar la autenticidad de su certificado en la página
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

12

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

## INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901366232-1*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024. Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

# *Certifica*

# *Héctor Naranjo Valero*

## *CC 93356225 de Ibagué - Tolima*

Realizó y aprobó el Curso en Humanización en la Prestación de Servicios de Salud con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-06-12
Fecha de vencimiento: 2027-06-12

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la página
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3208
Docente

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

SERVICIOS Y ASESORIAS PROTECVida
NIT. 900.651.664-8
(57+1) 310 272 5525 - Whatsapp 3192270497 • protecvidasas@gmail.com
protecvida@sualiadocaminoalaexcelencia.com - Bogotá D.C. / Colombia

NET0118062021

Hace Constar Que el (la) Señor(a)

# *BENJAMIN OREJUELA MORALES*

Identificado(a) con Documento No:

## *CC 76.319.113 DE POPAYAN*

Asistió al curso de:

# *IUMANIZACION EN LOS SERVICIOS DE SALUD*

uías de lectura, del 18 de julio al 15 de agosto de 2025 Taller Practico Realizado El 16 agosto de 2025, Curso que sigue los lineamientos ıblecidos por la ley 115 de 1994, Art. 42, 90, Decreto 1075 de 2015 Artículo 2.6.6.8. y la Resolución 3100 de 2019 acreditando 40 horas de educación informal que no conduce a título alguno o certificado de aptitud ocupacional. tiene una vigencia de dos años.

Lo anterior se firma el día 16 del mes de agosto del año 2025

**Javier Mauricio Peña Bonilla**
Gerente General

**Gloria Elizabeth Lopez**
Directora Academica

263

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

# 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*

# *Gustavo Ramírez Rengifo*

## *CC 79041110 de Bogotá DC*

Realizó y aprobó el Curso en Humanización en la Prestación de Servicios de Salud con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-08-14
Fecha de vencimiento: 2027-08-14

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

MinSalud

# INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901544869-6*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

## *Hace Constar que:*

# *Camilo Andres Rincon Acosta*

## *CC 1110593798 de Ibague - Tolima*

ealizó y aprobó el Curso de Humanización en la Prestación de Servicios de Salud - Resolución 3100 -201
con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-03-25
Fecha de vencimiento: 2028-03-25

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

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermeria
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

**INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO**

*NIT 901366232-1*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

# *Certifica*

# *Jorge Iván Varón Enciso*

## *CC 93470865 de Natagaima - Tolima*

Realizó y aprobó el Curso en Humanización en la Prestación de Servicios de Salud con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-08-26
Fecha de vencimiento: 2027-08-26

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la página
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

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

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

**INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO**

*NIT. 901366232-1*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

# *Certifica*

# *Luis Roberto Vásquez Reyes*

## *CC 93360023 de Ibagué, Tolima*

Realizó y aprobó el Curso en Humanización en la Prestación de Servicios de Salud con un total de 48 Horas.

**Verificación:**

Fecha de emisión: 2025-08-21
Fecha de vencimiento: 2027-08-21

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la página
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

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

262

Educación

Salud

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

**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*

# *Mario Camilo Coneo Osorio*

## *CC 1234645030 de Ibagué - Tolima*

Realizó y aprobó el Curso en Humanización en la Prestación de Servicios de Salud con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-07-01
Fecha de vencimiento: 2028-07-01

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la página
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Scanned with CamScanner

CATEGORIAS AUTORIZA

| | VEHICULO | VIG | |
|---|---|---|---|
| A1 | TRICICLO DE | 21-08-2028 | PA |
| B2 | AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS | 29-08-2030 | PARTICULAR |
| C2 | AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS | 29-08-2025 | PUBLICO |

Prox Vence

ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

10002401 22

Libertad y Orden

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

## MINISTERIO DE TRANSPORTE

## LICENCIA DE CONDUCCIÓN

**No. 93361320**

NOMBRE

**ANIBAL ALBA BLANDON**

FECHA DE NACIMIENTO

**13-09-1962**

GRUPO SANGUÍNEO-RH

**B+**

FECHA DE EXPEDICIÓN

**29-08-2025**

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR



ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

**STRIA MCPAL TTOVTTE IBAGUE**

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

## LICENCIA DE CONDUCCIÓN

## No. 12137573

RAFAEL ALBERTO ANDRADE LOZANO

FECHA DE NACIMIENTO
01-11-1968

GRUPO SANGUÍNEO
A+

FECHA DE EXPEDICIÓN
26-09-2025

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR
CONDUCIR CON LENTES



ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

CATEGORIAS AUTORIZADAS

| CATEGORIA | CLASE DE VEHICULO | VIGENCIA | SERVICIO |
|---|---|---|---|
| A2 | MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE | 18-01-2024 | PARTICULAR |
| B2 | AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMIÓN BUSETA Y BUS | 26-09-2034 | PARTICULAR |
| C2 | AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS | 26-09-2023<br>26-09-2018 | PUBLICO |





210

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

## LICENCIA DE CONDUCCIÓN

**No. 1110517350**

APELLIDOS

**NELSON MARLON CASTRO RAMIREZ**

FECHA DE NACIMIENTO
14-11-1991

GRUPO SANGUÍNEO
O+

FECHA DE EXPEDICION
21-12-2022

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR



ORGANISMO DE TRANSITO EXPEDIDOR
STRIA MCPAL TTOyTTE IBAGUE

| CATEGORIAS AUTORIZADAS | | | |
|---|---|---|---|
| CATEGORIA | CLASE DE VEHICULO | VIGENCIA | SERVICIO |
| A2 | MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE | 21-12-2032 | PARTICULAR |
| B1 | AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO CAMIONETA Y MICROBUS | 21-12-2032 | PARTICULAR |





ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC03004999237

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

## LICENCIA DE CONDUCCIÓN

Libertad y Orden

No. 1110480384

NOMBRE

CRISTHIAN JAVIER DELGADO QUIÑONES

FECHA DE NACIMIENTO
01-02-1989

GRUPO SANGUÍNEO Y RH
A+

FECHA DE EXPEDICIÓN
22-02-2023

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR



ORGANISMO DE TRANSITO EXPEDIDOR
DPTO ADTVO TTOyTTE TOLIMA/ ALVARADO

| CATEGORIAS AUTORIZADAS | | | |
|---|---|---|---|
| CATEGORIA | CLASE DE VEHICULO | VIGENCIA | SERVICIO |
| A2 | MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE | 22-02-2033 | PARTICULAR |
| B1 | AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBUS | 22-02-2033 | PARTICULAR |
| C1 | AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBUS | 22-02-2033 | PUBLICO |



78-3221

ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC0000000000007

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

## LICENCIA DE CONDUCCIÓN

Libertad y Orden

**No.** 6016128

NOMBRE

**GERMAN ANDRES GALLEGO GRANADA**

FECHA DE NACIMIENTO

**25-11-1984**

SANGRE-RH

**O+**

FECHA DE EXPEDICION

**20-09-2023**

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

**CONDUCIR CON LENTES**



ORGANISMO DE TRANSITO EXPEDIDOR

**SPTO ADTVO TTOyTTE TOLIMA/ ALVARADO**

## CATEGORIAS AUTORIZADAS

| CATEGORIA | CLASE DE VEHICULO | VIGENCIA | SERVICIO |
|---|---|---|---|
| B1 | AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBUS | 29-09-2033 | PARTICULAR |
| C1 | AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBUS. | 29-09-2026 | PUBLICO |

Provisional



PB-0922

ESTA LICENCIA ES VÁLIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC08000123054

25/8/25, 10:27 a.m. IMG_5663.PNG

11:16

Ruben Luna Federico
2 Photos

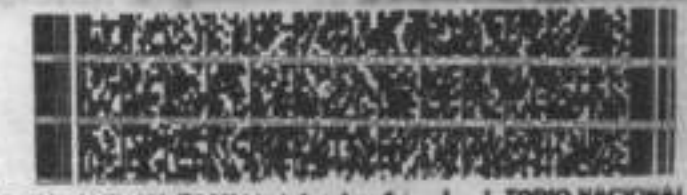






Uenido

| CATEGORIAS AUTORIZADAS | | | |
|---|---|---|---|
| CATEGORIA | CLASE DE VEHICULO | VIGENCIA | SERVICIO |
| A2 | MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE | [illegible] | [illegible] |
| B1 | AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBUS. | [illegible] | PARTICULAR |



ESTA LICENCIA ES VA[illegible] TORIO NACIONAL

LC08000165666

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 1110489382

NOMBRE

EDGAR GUILLERMO MEDINA RODRIGUEZ

FECHA DE NACIMIENTO

27-08-1988

GRUPO SANGUÍNEO Y RH

A+

FECHA DE EXPEDICION

06-10-2023

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR



ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

STRIA DE TTOyTTE MCPAL DE SAN SEBASTIAN DE MARIQUITA TOLIMA

Libertad y Orden

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

## MINISTERIO DE TRANSPORTE

## LICENCIA DE CONDUCCIÓN

**No.** 93355277



NOMBRE

**RICARDO MEJIA ARANGO**

FECHA DE NACIMIENTO

**13-08-1963**

SANGRE-RH

**O+**

FECHA DE EXPEDICIÓN

**02-10-2025**

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

**CONDUCIR CON LENTES**

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

**STRIA MCPAL TTOyTTE IBAGUE**

Federico Mejía

## CATEGORIAS AUTORIZADAS

| ATEGORIA | CLASE DE VEHICULO | VIGENCIA | SERVICIO |
|---|---|---|---|
| B2 | AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS. | 02-10-2030 | PARTICULAR |
| C2 | AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS | 02-10-2025 | PUBLICO |

pros vencer



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC11000261105

1/2

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

## LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 93374901

NOMBRE

JHON JAIRO MENDEZ RONDON

FECHA DE NACIMIENTO
22-02-1968

SANGRE-RH
O+

FECHA DE EXPEDICION
07-12-2022

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR



ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR
STRIA MCPAL TTOyTTE IBAGUE

| CATEGORIAS AUTORIZADAS | | | |
|---|---|---|---|
| CATEGORIA | CLASE DE VEHICULO | VIGENCIA | SERVICIO |
| A2 | MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE | 07-12-2032 | PARTICULAR |
| B1 | AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBUS | 07-12-2032 | PARTICULAR |
| C1 | AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBÚS | 07-12-2026 | PUBLICO |



Verso

ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC03004832998

219

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

## LICENCIA DE CONDUCCIÓN

Libertad y Orden

**No. 93385868**

NOMBRES

**HENRY MORA GAONA**

FECHA DE NACIMIENTO

12-07-1972

GRUPO SANGUÍNEO-RH

O+



FECHA DE EXPEDICIÓN

16-02-2024

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

**PÉRDIDA AUDITIVA LEVE PAL**

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

STRIA MCPAL TTOyTTE IBAGUE

### CATEGORIAS AUTORIZADAS

| CATEGORÍA | CLASE DE VEHÍCULO | VIGENCIA | SERVICIO |
|---|---|---|---|
| A2 | MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE | 24-10-2024 | PARTICULAR |
| B2 | AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS | 16-02-2024 | PARTICULAR |
| C2 | AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS | 16-02-2027 | PUBLICO |



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC0200614686A

| CATEGORIAS AUTORIZADAS | | | |
|---|---|---|---|
| CATEGORIA | CLASE DE VEHICULO | VIGENCIA | SERVICIO |
| A2 | MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE | 20-01-2027 | PARTICULAR |
| B2 | AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS | 24-05-2030 | PARTICULAR |
| C2 | AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS | 24-05-2026 | PUBLICO |

Vencido

ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC07003141274

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

# LICENCIA DE CONDUCCIÓN

## No. 93356225



NOMBRE

HECTOR NARANJO VALERO

FECHA DE NACIMIENTO

15-07-1963

SANGRE-RH

B+

FECHA DE EXPEDICION

24-05-2025

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

CONDUCIR CON LENTES

ORGANISMO DE TRANSITO EXPEDIDOR

STRIA TTOyTTE MCPAL GIRARDOT

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

## LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 76319113

NOMBRES

BENJAMIN ORJUELA MORALES

FECHA DE NACIMIENTO

18-02-1974

GRUPO SANGUÍNEO Y RH

O-

FECHA DE EXPEDICIÓN

13-12-2024

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

CONDUCIR CON LENTES

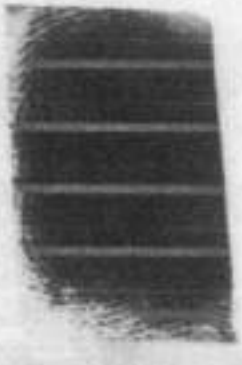


ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

DPTO ADTVO TTOyTTE TOLIMA/ ALVARADO

### CATEGORIAS AUTORIZADAS

| CATEGORIA | CLASE DE VEHICULO | VIGENCIA | SERVICIO |
|---|---|---|---|
| B2 | AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS. | 13-12-2034 | PARTICULAR |
| C2 | AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS. | 13-12-2027 | PUBLICO |



PB-0522

ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC08000115293

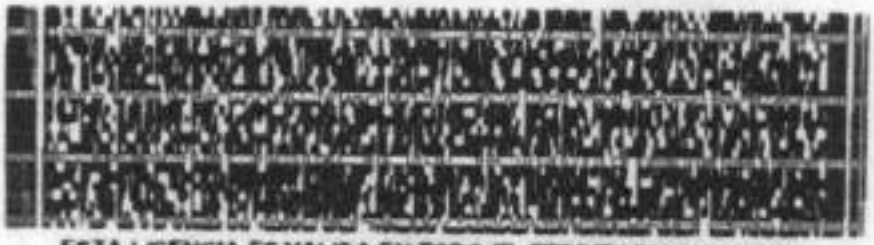
15/8/25, 9:39 a.m. IMG_5259.jpg

Fotocaltas

| CATEGORIAS AUTORIZADAS | | | |
|---|---|---|---|
| CATEGORIA | CLASE DE VEHICULO | VIGENCIA | SERVICIO |
| B3 | AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMION, BUSETA, BUS Y ARTICULADO | 18-06-2030 | PARTICULAR |
| C3 | AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMIÓN, BUSETA, BUS Y ARTICULADO | 18-06-2025 | PUBLICO |

Pret Dentro





ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC11000231359

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 79041110

NOMBRES

GUSTAVO RAMIREZ RENGIFO

FECHA DE NACIMIENTO

05-06-1963

GRUPO SANGUÍNEO-RH

O+

FECHA DE EXPEDICIÓN

18-06-2025

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR



ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

STRIA MCPAL TTOyTTE IBAGUE

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

## LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 1110593798

NOMBRE

CAMILO ANDRES RINCON ACOSTA

FECHA DE NACIMIENTO
24-10-1998

GRUPO SANGUÍNEO
A+

FECHA DE EXPEDICIÓN
10-12-2024

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR
CONDUCIR CON LENTES

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR
STRIA MCPAL TTOyTTE IBAGUE



| CATEGORIAS AUTORIZADAS | | | |
|---|---|---|---|
| CATEGORIA | CLASE DE VEHICULO | VIGENCIA | SERVICIO |
| A2 | MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE | 10-12-2024 | PARTICULAR |
| B2 | AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMION, BUSETA Y BUS | 10-12-2024 | PARTICULAR |
| C2 | AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMION, BUSETA Y BUS | 10-12-2017 | PUBLICO |



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC11000090338

## CATEGORIAS AUTORIZADAS

| CATEGORIA | CLASE DE VEHICULO | VIGENCIA | SERVICIO |
|---|---|---|---|
| A2 | MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE. | 18-12-2033 | PARTICULAR |
| B2 | AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS. | 18-12-2033 | PARTICULAR |
| C2 | AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS. | 18-12-2033 | PUBLICO |



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC07002082974

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 93470865

NOMBRE

JORGE IVAN VARON ENCISO

FECHA DE NACIMIENTO

09-09-1968

SANGRE RH

O+

FECHA DE EXPEDICIÓN

18-12-2023

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR



ORGANISMO DE TRANSITO EXPEDIDOR

STRIA MCPAL TTOyTTE ESPINAL

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

## MINISTERIO DE TRANSPORTE

## LICENCIA DE CONDUCCIÓN

**No. 93360023**



NOMBRE

**LUIS ROBERTO VASQUEZ REYES**

FECHA DE NACIMIENTO

**15-03-1964**

GRUPO SANGUÍNEO

**O+**

FECHA DE EXPEDICIÓN

**09-02-2026**

ORGANISMO DE TRANSITO EXPEDIDOR

**STRIA MCPAL TTOyTTE IBAGUE**

| CATEGORIAS AUTORIZADAS | | | |
|---|---|---|---|
| CATEGORIA | CLASE DE VEHICULO | VIGENCIA | SERVICIO |
| B1 | AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBÚS. | 09-02-2031 | PARTICULAR |
| C1 | AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBÚS. | 09-02-2027 | PUBLICO |



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

**LC11000352701**



REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

# LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 1234645030



MARIO CAMILO CONEO OSORIO

FECHA DE NACIMIENTO
03-12-1998

GRUPO SANGUÍNEO
O+

FECHA DE EXPEDICIÓN
22-07-2019

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

ORGANISMO DE TRANSITO EXPEDIDOR
STRIA MCPAL TTOyTTE IBAGUE



Scanned with CamScanner




Scanned with CamScanner





REPÚBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
Tarjeta Reservista Primera Clase

NÚMERO 1110517350

APELLIDOS Y NOMBRES
CASTRO RAMIREZ
NELSON MARLON



PERTENECE A LA RESERVA DE:

| 1ª LÍNEA | 2ª LÍNEA | 3ª LÍNEA |
|---|---|---|
| 31 - DIC 2021 | 31 DIC 2041 | 31 DIC 2031 |

FECHA DE EXP: 23 ENE 2012 ESP. MIL AUX. PONAL
PROFESIÓN BACHILLER UM PONAL

CDTE. DE DISTRITO

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL

Instrucciones Especiales

1. Este es un documento público y es requisito presentarlo para los siguientes casos:
   - Celebrar contratos con cualquier entidad pública.
   - Ingresar a la carrera administrativa
   - Tomar posesión de cargos públicos.
   - Obtener grado de profesional en cualquier centro docente de educación superior

2. En caso de convocatoria de reservas, de llamamiento especial o de movilización, debe efectuar presentación inmediata en la unidad militar más cercana al lugar de su residencia para recibir instrucciones al respecto.

0461114
EJ DAU 483

REPUBLICA DE COLOMBIA

1110480384

DELGADO QUIÑONES
CRISTHIAN JAVIER



2019 2029 2039

21 DIC 2008 AUX. POLAL

BACHILLER POLAL

CUT. DISTRITO

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL

Instrucciones Especiales

1. Este es un documento público y es requisito presentarlo para los siguientes casos:
   - Suscribir contratos con cualquier entidad pública.
   - Ingresar a la carrera administrativa.
   - Tomar posesión de cargos públicos.
   - Obtener grado de profesional en cualquier centro docente de educación superior.
2. En caso de cambiamiento de residencia, de formulamiento especial o de movilización, debe efectuar presentación inmediata en la unidad militar más cercana al lugar de su residencia para recibir instrucciones al respecto.



0055685

E1 PNT 152



REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
Tarjeta Reservista Segunda Clase

84112503268

GALLEGO GRANADA
GERMAN ANDRES

PERTENECE AL EJERCITO DE

| 1A. LINEA | 2A. LINEA | 3A. LINEA |
|---|---|---|
| 31 - DIC | 31 - DIC | 31 - DIC |
| 2014 | 2024 | 2034 |

PROFESION BACHILLER

FECHA EXPEDICION 19 DIC 2002



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL

0384873

MY. JOSE ANTONIO ESPINOSA



**FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA**

**EJERCITO NACIONAL**

# TARJETA DE CONDUCTA

El CDTE ESCUELA PARACAIDISMO MILITAR

Hace constar que el RESERVISTA

**MEDINA RODRIGUEZ EDGAR GUILLERMO**

Con Tarjeta de Reservista No. 1710489382

Observó _____ Conducta durante su Servicio

Militar obligatorio prestado en esta Unidad, del 23-AGOS-2011 al 17-JUL-2012

TOLEMAIDA, 17-JUL-12

LUGAR Y FECHA

MY. MAURICIO GONZALEZ DEL RIO

FIRMA Y POSTFIRMA CDTE. UNIDAD




Powered by CamScanner



REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
Tarjeta Reservista Segunda Clase

93470865

PERTENECE AL EJERCITO DE

| 1A. LINEA | 2A. LINEA | 3A. LINEA |
|---|---|---|
| 31 - DIC. 08 | 31 - DIC. 08 | 31 - DIC. 12 |

APELLIDOS Y NOMBRES

VARON ENCISO

JORGE IVAN

PROFESION CONDUCTOR TAXI

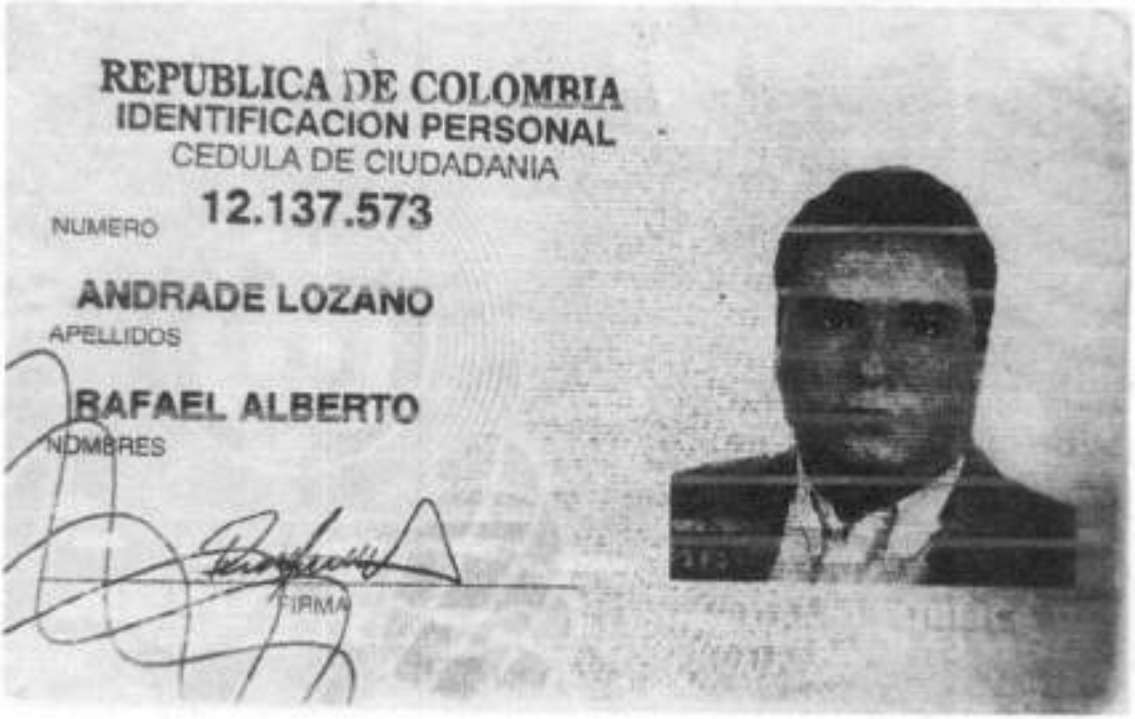


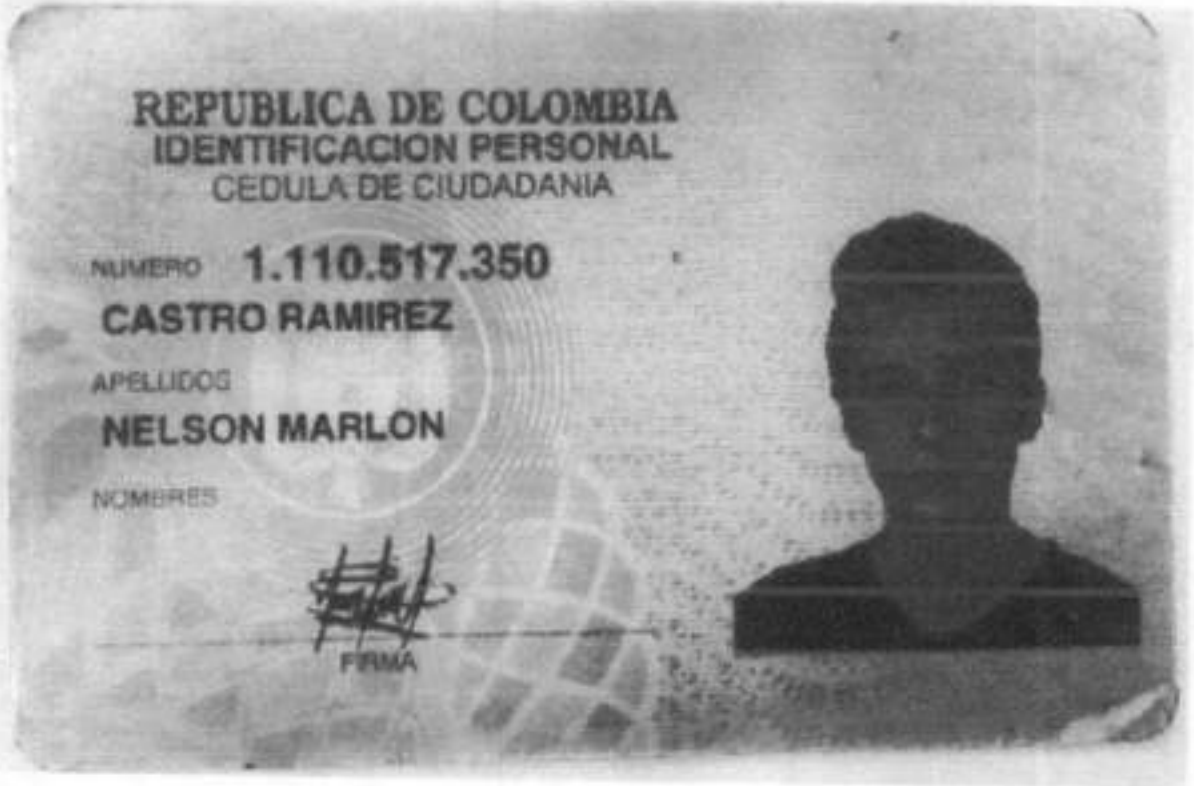
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
93.361.320
NUMERO
ALBA BLANDON
APELLIDOS
ANIBAL
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 13-SEP-1962
SAN JUAN DE RIOSECO
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.66 ESTATURA
B+ G.S. RH
M SEXO
29-AGO-1983 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-2900100-63119732-M-0093361320-20050504 04333 05123E 02 141693646


FECHA DE NACIMIENTO 01-NOV-1968
NEIVA
(HUILA)
1.72
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
A-2900100-83139711-M-0012137573-20051006
04050 05278A 02 192522816


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 12.137.573
ANDRADE LOZANO
APELLIDOS
RAFAEL ALBERTO
NOMBRES
FIRMA



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.110.517.350

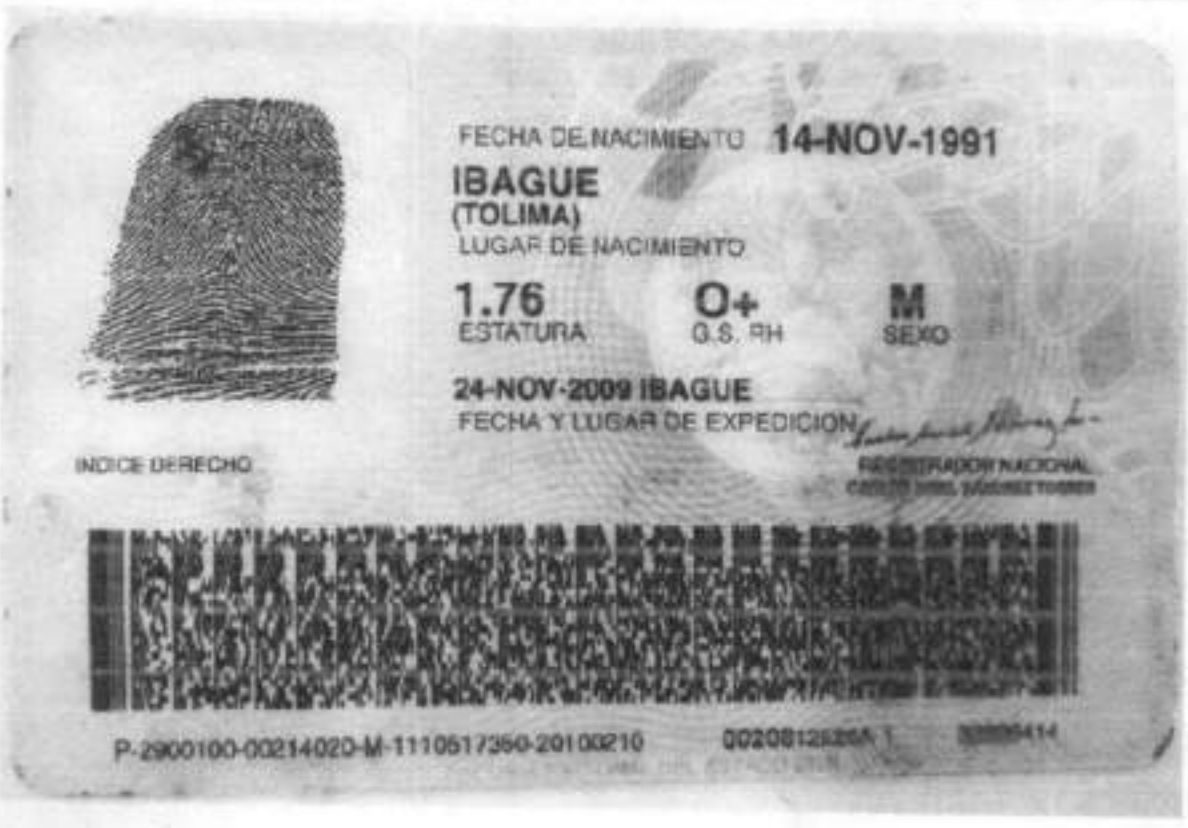
CASTRO RAMIREZ

APELLIDOS

NELSON MARLON

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 14-NOV-1991

IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.76
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

24-NOV-2009 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

P-2900100-00214020-M-1110517350-20100210 0020812626A 1 38806414

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.110.480.384

DELGADO QUIÑONES
APELLIDOS

CRISTHIAN JAVIER
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-FEB-1989
IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO

02-FEB-2007 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

P-2900100-83158672-M-1110480384-20070430 02172 07120N 02 229080666



FECHA DE NACIMIENTO
25-NOV-1984

SANTA ISABEL
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 — ESTATURA
O+ — G.S. RH
M — SEXO

30-SEP-2003 SANTA ISABEL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL



06121 041108 02 141469565

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 6.016.128

GALLEGO GRANADA

APELLIDOS

GERMAN ANDRES

NOMBRES





CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 5.936.709

Apellidos
LUNA SANCHEZ

Nombres
RUBEN

Nacionalidad
COL

Estatura
1.70

Sexo
M

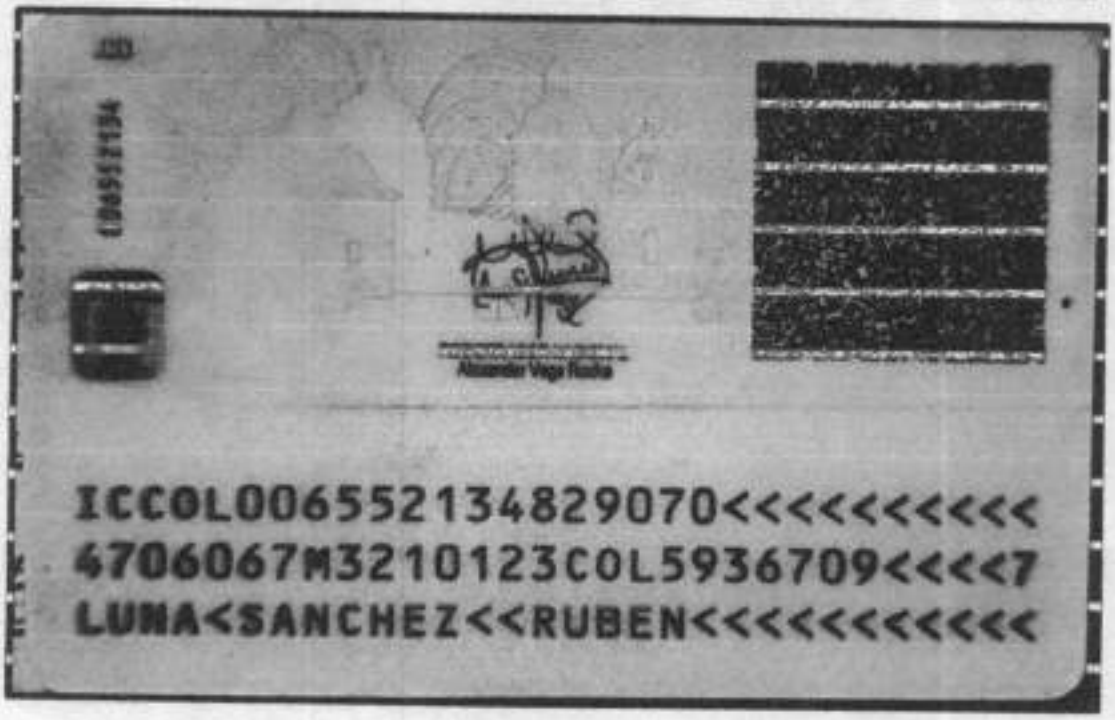
Fecha de nacimiento
06 JUN 1947

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
LERIDA (TOLIMA)

Fecha y lugar de expedición
08 SEPT 1969, LERIDA

Fecha de expiración
12 OCT 2032



Alexander Vega Rocha

ICCOL0065521348290 70<<<<<<<<<<
4706067M3210123COL5936709<<<<7
LUNA<SANCHEZ<<RUBEN<<<<<<<<<<