

	ARMADA NACIONAL	
	DIRECCION SANIDAD NAVAL	
	GESTION DE TALENTO HUMANO	
	FORMATO REQUISICIÓN PARA CONTRATOS POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS	
	VERSION: 1.0	FECHA:02/06/2026
Página 1 de 4		

Este formato obedece a la contratación por prestación de servicios con el fin de obtener la mayor cantidad de información posible y realizar una selección que responda a las necesidades del objeto a contratar.

1. DATOS DEL AREA SOLICITANTE:							
FECHA DE SOLICITUD			FECHA RECEPCIÓN TH			DIVISION	AREA
DD	MM	AAAA	DD	MM	AAAA	DIVSSS	ENFERMERIA- SALAS DE CIRUGIA
10	06	2026					
GRADO DEL SOLICITANTE			NOMBRE DEL SOLICITANTE				CARGO DEL SOLICITANTE
Suboficial Primero			Kevin Long Torrens				Jefe servicio de Enfermería
2. SOBRE EL CONTRATO:							
OBJETO DEL CONTRATO: (Acuerdo a estudio previo)							
CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA EL HOSPITAL NAVAL NIVEL III DE CARTAGENA Y UFAPS.							
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS: (Describa las obligaciones específicas a desarrollar)							
En desarrollo del contrato, el contratista se obliga a ejecutar las siguientes actividades: 1. Dar cumplimiento, en el ejercicio de las actividades contractuales a su cargo y respecto de los pacientes usuarios y beneficiarios del Subsistema de Salud, a las resoluciones emanadas por el Ministerio de Salud y Protección Social además de las políticas en general de la DGSM, DISAN y HONAC en lo que respecta a seguridad del paciente, salud pública, manejo de infecciones, hábitos saludables, poblaciones vulnerables, enfermedades transmisibles y no transmisibles, salud sexual y reproductiva, epidemiología y demografía, salud ambiental, salud mental, vacunación y salud nutricional. 2. Brindar atención integral a los pacientes con calidad y calidez en los servicios asistenciales que ofrece la institución, acorde con la asignación, protocolos, guías y manuales establecidos relacionados con el diagnóstico, tratamiento y evolución del paciente, respetando sus derechos. 3. Participar en los comités técnicos asignados en reuniones o eventos académicos con el fin de fortalecer los procesos asistenciales. 4. Poner en conocimiento de la jefatura del departamento de enfermería en forma oportuna las situaciones o casos de mala praxis o transgresiones éticas, así como las faltas disciplinarias acuerdo a la previsión de reglamento institucional. 5. Solicita en forma oportuna insumos, equipos y otros suministros indispensables para el funcionamiento del servicio. 6. Cumple con las normas técnicas para procedimientos y cuidados de enfermería. 7. Diligencia los registros clínicos de enfermería (documentación o registros clínicos del paciente hospitalizado como son kardex, nota de enfermería, signos vitales, Escala de Braden, registro de medicamento, control de líquido administrados y eliminados, consentimiento informado para procedimientos de enfermería entre otros. 8. Participar activamente en el desarrollo del Sistema de Gestión de Calidad de la entidad, responsabilizándose del cumplimiento de los estándares que se relacionan con los procesos a cargo. 9. Cumplir con la normatividad interna aplicable a gestión documental, de acuerdo con el rol desempeñado y las responsabilidades asignadas. 10. Realiza revisión de historia clínica de los pacientes a su cargo utilizando los sistemas de información implementados en la institución garantizando la confidencialidad de la información. 11. Participa en la ronda medica y/o de especialistas para estar informados sobre los procedimientos a seguir en el diagnóstico y tratamiento del paciente. 12. Participa activamente en la vigilancia reporte y planes de manejo de evento adversos, complicaciones o riesgos inherentes a la atención y proponer estrategias de control. 13. Apoya entrenamiento del personal nuevo en el servicio siguiendo indicaciones del jefe 14. Apoya en la coordinación del ingreso y egreso del paciente teniendo presente su estado de salud y los requerimientos de este.							



**ARMADA NACIONAL
DIRECCION SANIDAD NAVAL**

GESTION DE TALENTO HUMANO

FORMATO REQUISICIÓN PARA CONTRATOS POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS

VERSION: 1.0

FECHA:02/06/2026

Página 2 de 4

15. cumplir las políticas, normas, guías y estándares relacionadas con el proceso de atención
16. Participa en el análisis de eventos y resultados de la atención con el equipo interdisciplinario.
17. Asistir a las reuniones convocadas por el departamento de enfermería y/o dirección de la institución.
18. Vigila el cumplimiento de las interconsultas de los pacientes para que se hagan en el tiempo estimado.
19. Desempeñarse en todas las actividades de acuerdo con la misión, principios y reglamentos; como parte motivadora e integradora para el logro de los objetivos institucionales.
20. Participar en los programas de prevención y promoción de la salud, que se realicen en el Hospital.
21. Velar y vigilar el cumplimiento de las normas de bioseguridad.
22. Promueve el trabajo en equipo para mantener un ambiente laboral organizado y funcional.
23. Procurar el buen funcionamiento de los equipos, instrumentos y elementos del servicio bajo su supervisión.
24. Velar por la prevención de las lesiones por presión en los pacientes.
25. Brinda seguridad en la atención de enfermería evitando el riesgo de caídas en el paciente.
26. Administra o supervisa la administración del medicamento de los pacientes en el servicio correspondiente.
27. Responde por la implementación del plan de cuidado y su continuidad en los pacientes asignados basado en necesidades identificadas en su valoración integral, durante todo el proceso de atención.
28. Educa a paciente y familia basada en necesidades particulares.
29. Coordinar y ejecutar las indicaciones médicas asegurando su cumplimiento en condiciones de calidad.
30. Participa en el proceso de administración de medicamentos, mediante actividades de: recepción, almacenamiento, preparación, administración y registro, siguiendo la indicación médica y estándares de calidad y seguridad definidos.
31. Participa en la socialización del conocimiento de enfermería a través de la publicación de artículos relacionados con su práctica clínica.
32. Participar en las actividades de plan de emergencias y desastres interno y externo de la institución.
33. Portar de manera correcta el uniforme y los elementos de protección personal.
34. Cumplir con los turnos asignados por el superior inmediato y dar cumplimiento a todas las normas y procedimientos expedidos para cambios de turnos, permisos, licencias y demás situaciones administrativas.
35. Cumplir con las normas y reglamentos de la Institución y la dependencia para mantener la disciplina y la calidad en la prestación del servicio.
36. Respetar los conductos regulares definidos en el Hospital y la autoridad de sus superiores jerárquicos.
37. Evaluar permanentemente la calidad y eficiencia de su servicio y proponer a su jefe inmediato alternativas para el mejoramiento continuo.
38. Las demás funciones asignadas por la autoridad competente de acuerdo con el nivel, la naturaleza y el área de desempeño del cargo.
39. Participar en la aplicación de los programas, planes y proyectos del departamento de enfermería.
40. Aplicar los criterios y estándares de calidad en las dimensiones éticas, científicas y tecnológicas de la práctica de enfermería.
41. Verificar el cumplimiento de las órdenes médicas, prescripciones de medicamentos y/o materiales solicitados en la farmacia.
42. Apoyar en la organización de la prestación de los servicios de enfermería.
43. Organiza y controlar el uso de materiales y medicamentos que requiere para el ejercicio de las actividades contractuales a su cargo.
44. Apoyar en la custodia de los registros clínicos de acuerdo con la normatividad vigente.
45. Asistir a reuniones del servicio de enfermería en temas propios del objeto del contrato.
46. Dar cumplimiento a las normas propias de la profesión de enfermería dentro del servicio.
47. Verificar el diligenciamiento de los registros del control del servicio.
48. Participa en el proceso de referencia y contra referencia de pacientes.
49. Planear el cuidado de enfermería teniendo en cuenta los diagnósticos de enfermería identificados y recursos requeridos disponibles.
50. Cumplir con todas estipulaciones contractuales, tales como suscripción del contrato y constitución de las pólizas y/o garantías exigidas por la Entidad.
51. Mantener vigentes las pólizas solicitadas en el contrato.

Desempeñar las demás obligaciones asignadas por la autoridad competente de acuerdo a su nivel, naturaleza y el área de desempeño de su cargo.

JUSTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD (Especifique)

Actualmente los diferentes servicios del Hospital Naval Nivel IIII de Cartagena no cuenta con personal suficiente para realizar las actividades de un auxiliar de enfermería esto debido a la alta demanda de pacientes que acuden a la institución tanto por urgencias, hospitalización y consulta externa de los Establecimientos de Sanidad Militar que pertenecen a la regional norte y cuyo centro de mayor complejidad es el Hospital Naval nivel III de Cartagena; por lo que es indispensable contar con el personal adecuado que garantice la disponibilidad y apoye las actividades correspondientes dado que se requiere dar respuesta y solución a los requerimientos y demás actividades que se alleguen.



ARMADA NACIONAL
DIRECCION SANIDAD NAVAL

GESTION DE TALENTO HUMANO

FORMATO REQUISICIÓN PARA CONTRATOS POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS

VERSION: 1.0

FECHA:02/06/2026

Página 3 de 4

Dicho lo anterior, es importante manifestar que el Hospital Naval Nivel III Cartagena acuerdo a su capacidad en infraestructura, tecnología, recurso humano y capacidad de resolución se encuentra clasificado, y en determinados servicios y especialidades de nivel III, teniendo la continua demanda de servicios asistenciales por parte de los usuarios ha ido incrementando debido al aumento en el pie de fuerza y sus beneficiarios, razón por la cual se requiere el cubrimiento con calidad de todos los servicios prestados por la Sanidad Naval, con el fin de garantizar un servicio oportuno, efectivo y eficaz.

En virtud de lo anterior, es pertinente contar con la auxiliar de enfermería ya que su experiencia y conocimiento permiten guiar al equipo en la aplicación de los mejores protocolos y prácticas clínicas, contribuyen a mejorar la calidad de la atención a los pacientes y asegurar el funcionamiento eficiente y seguro de los servicios de enfermería. Por su liderazgo, compromiso y capacidad de gestión son pilares fundamentales para el éxito de la prestación de los servicios de salud.

Consecuentemente, la necesidad de personal profesional e idóneo está originada en que no se cuenta con personal a nómina con el recurso humano requerido para cubrir óptimamente todos los servicios.

En virtud de lo anterior, es imperioso contar con los servicios de apoyo a la gestión de un (1) AUXILIAR DE ENFERMERIA que cuente con experiencia relacionado con el objeto del proceso contractual, el cual deberá adelantar todas las actividades relacionadas con el apoyo de los procesos asistenciales en los servicios asistenciales del HOSPITAL NAVAL NIVEL III DE CARTAGENA.

Teniendo en cuenta lo preceptuado con antelación, se requiere la contratación de la señora **SOFIA DEL CARMEN MUÑOZ VENERA**, teniendo en cuenta que cumple con el perfil citado y acredita su idoneidad académica y experiencia suficiente, dado que se requiere dar respuesta a requerimientos y demás actividades que se alleguen en el servicio.

AREA A LABORAR	SERVICIO SALAS DE CIRUGIA
GERENTE DEL PROYECTO:	CAPITAN DE FRAGATA DIANA CORTES IBAÑEZ
SUPERVISOR CONTRATO:	SMSM HEIDY BERDUGO PINTO

3. PERFIL SOLICITADO:

EDUCACIÓN FORMAL

Bachiller:	Académico ☐ Comercial ☐ Técnico ☒
Técnico o Tecnológico:	AUXILIAR DE ENFERMERIA
Profesional:	
Especialización o maestría:	
Idiomas:	

FORMACIÓN ADICIONAL(Conocimiento adquiridos necesarios para cumplir el objeto del contrato)	EXPERIENCIA	
Contratista cuenta con experiencia especifica en enfermería en áreas de cirugía, uci y hospitalización es por eso que se hace necesario su contratación	Inferior a 1 año AREA:	1 – 2 años AREA:
	3 – 5 años AREA:	>5 años AREA: SALAS DE CIRUGIA

MOTIVO DE LA VACANTE (Marque "X" según corresponda)

	ARMADA NACIONAL				
	DIRECCION SANIDAD NAVAL				
	GESTION DE TALENTO HUMANO				
	FORMATO REQUISICIÓN PARA CONTRATOS POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS				
VERSION: 1.0		FECHA:02/06/2026		Página 4 de 4	
CESION DEL CONTRATO				NECESIDAD POR DEMANDA	
				X	
4.AUTORIZACIONES (FIRMAS) (DILIGENCIADO POR EL SOLICITANTE)					
TIEMPO AUTORIZADO PARA LA DURACIÓN DE LA CONTRATACIÓN SEGÚN PRESUPUESTO EN MESES :					
HORAS CONTRATADAS: 900		VALOR HORA: \$13.000		POR ACTIVIDAD:	
FECHA INICIO CONTRATO			FECHA FINALIZACION CONTRATO		
DD	MM	AAAA	DD	MM	AAAA
OBSERVACIONES		No CDP Y FECHA:			
		 Kevin J. Long Torrens GRADO NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS - JEFE DEL AREA SOLICITANTE FIRMA Y POS. FIRMA 741240645			

	ARMADA NACIONAL	
	DIRECCIÓN SANIDAD NAVAL	
	PROCESO DE GESTION DEL TALENTO HUMANO	
	ENTREVISTA TECNICA	
VERSIÓN:2.0		FECHA: 10/06/2022

NOMBRES Y APELLIDOS Sofia Muñoz Venera **PROFESIÓN** Auxiliar Enfermería
CARGO A DESEMPEÑAR Auxiliar enf. **NOMBRE DEL ENTREVISTADOR** S1 Kevin Long
FECHA: 01/07/2026

Marque con una X en la casilla correspondiente a la calificación así:

1= Insatisfactorio 2= Necesita mejorar 3= Satisfactorio 4= Sobresaliente

ITEM	HABILIDAD	EVALUA	PREGUNTA	CALIFICACIÓN			
				1	2	3	4
1	APRENDIZAJE CONTINUO	CAPACIDAD PARA ADQUIRIR Y ASIMILAR NUEVOS CONOCIMIENTOS, HABILIDADES Y VALORES QUE PERMITAN OPTIMIZAR SU DESEMPEÑO.	¿CONOCE EL SSMP Y POR QUÉ SE DIFERENCIA DEL SGSS? ¿CUÁLES APORTES PODRÍA BRINDAR A LA ENTIDAD?				✓
2	PLANEACIÓN	CAPACIDAD PARA PROYECTAR, ORGANIZAR Y ESTABLECER A FUTURO LOS RETOS.	¿QUÉ FACTORES TIENE EN CUENTA PARA LA EJECUCIÓN DE SUS ACTIVIDADES (COMPLEJIDAD, PRIORIDAD, ETC)?				✓
3	RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS	CAPACIDAD PARA PERSUADIR, DISUADIR E INTERVENIR EN SITUACIONES QUE INVOLUCRAN POSICIONES E INTERESES DIFERENTES.	SI USTED TIENE UN CRITERIO DE MANEJO DIFERENTE AL DE SU SUPERIOR INMEDIATO, ¿CÓMO RESOLVERÍA ESTA SITUACIÓN?				✓
4	COMPROMISO	CAPACIDAD DEL INDIVIDUO PARA TOMAR CONCIENCIA DE LA IMPORTANCIA QUE TIENE EL CUMPLIR CON EL DESARROLLO DE SU TRABAJO.	¿CONSIDERA QUE LAS ACTIVIDADES PROPIAS DE SU CARGO TENDRÍAN UN IMPACTO EN EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS DE LA ENTIDAD? EN CASO DE QUE SE REQUIERA UN ESFUERZO ADICIONAL DE SU PARTE PARA DAR CUMPLIMIENTO A UN OBJETIVO, ¿ESTARÍA DISPUESTO A BRINDARLO?				✓
5	ORIENTACIÓN AL LOGRO	MOTIVACIÓN INTRÍNSECA PARA ORIENTAR EL PROPIO COMPORTAMIENTO HACIA EL ALCANCE Y CUMPLIMIENTO TANTO DE LAS LABORES ASIGNADAS COMO DE LAS METAS PROPUESTAS.	DESCRIBA UN OBJETIVO PROFESIONAL IMPORTANTE QUE LOGRO ALCANZAR. ¿CUÁL FUE EL RESULTADO OBTENIDO Y QUÉ REALIZÓ PARA LLEGAR A ESTE?				✓
6	PRACTICIDAD	CAPACIDAD PARA ACTUAR Y TOMAR DECISIONES AGILES TENIENDO EN CUENTA LA PREMURA NECESARIA PARA RESOLVER PROBLEMAS.	SI DEBE SOLUCIONAR UNA SITUACIÓN QUE DESCONOCE O NO TIENE TODOS LOS RECURSOS PARA SOLUCIONARLA, ¿QUÉ HARÍA?				✓
7	ATENCIÓN AL USUARIO	CAPACIDAD PARA ESTABLECER RESPUESTAS OPORTUNAS CON LOS USUARIOS (PACIENTES, COMPAÑEROS DE TRABAJO).	SI ALGUIEN REALIZA UNA PETICIÓN, QUEJA Y/O RECLAMO POR INCONFORMIDAD CON SU ATENCIÓN, ¿QUÉ ACCIÓN TOMARÍA?				✓
8	TRABAJO BAJO PRESIÓN	CAPACIDAD DE CONTINUAR ACTUANDO EFICAZMENTE AUN EN SITUACIONES DE PRESIÓN DE TIEMPO O DE RECURSOS	SI NO CUENTA CON LOS INSUMOS NECESARIOS PARA EJECUTAR SUS TAREAS, ¿QUÉ HARÍA? SI LE ASIGNAN UNA TAREA DE GRAN IMPORTANCIA, CON LÍMITE DE TIEMPO, ADICIONAL A LAS TAREAS QUE ESTÁ REALIZANDO, ¿QUÉ HARÍA?				✓
9	ÉTICA	REFERIDA AL ÁMBITO LABORAL, SE HABLA DE ÉTICA PROFESIONAL Y QUE PUEDE APARECER RECOGIDA EN LOS CÓDIGOS DEONTOLÓGICOS QUE REGULAN UNA ACTIVIDAD PROFESIONAL.	SI POR ERROR REALIZA UN PROCEDIMIENTO O ACTIVIDAD NO ADECUADA QUE PONE EN RIESGO O CAUSA DAÑO A UN TERCERO, ¿QUÉ ACCIÓN TOMARÍA? SI UN SUPERIOR O ALGUIEN AJENO LE SOLICITA INFORMACIÓN QUE PUEDE PONER EN RIESGO LA CONFIDENCIALIDAD O LA INTEGRIDAD DE UN TERCERO, ¿USTED QUÉ HARÍA?				✓

PUNTUACIONES	APTITUD	PUNTUACIÓN NUMÉRICA OBTENIDA
DE 12 A 35 PUNTOS	No Cumple Perfil Requerido (NCPR)	
DE 36 A 48 PUNTOS	Cumple Perfil Requerido (CPR)	44



ARMADA NACIONAL
DIRECCIÓN SANIDAD NAVAL

PROCESO DE GESTION DEL TALENTO HUMANO

ENTREVISTA TECNICA

VERSIÓN:2.0

FECHA: 10/06/2022

COMENTARIOS

Cumple con el perfil requerido personal idóneo actualmente asignado Servicio Salas de Cirugía- Se desempeña correctamente cumpliendo con actividades asistenciales asignadas, compromiso responsabilidad y calidad de Servicio.

CONCEPTO



Cumple con el perfil requerido



No cumple con el perfil requerido

Kevin J. Long Torrens
Enfermero Jefe
73.210.645

Nombre y Firma de quien evalúa



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO MUÑOZ	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) VENERA	NOMBRES SOFIA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1051885073	GENERO F ☒ M ☐ NB ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐	NÚMERO	D.M.
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 04 MES 09 AÑO 1986 PAÍS COLOMBIA DEPTO BOLÍVAR MUNICIPIO SANTA CATALINA	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Barrio Nueve de Febrero PAÍS COLOMBIA DEPTO BOLÍVAR MUNICIPIO SANTA CATALINA TELÉFONO 6665651 EMAIL sofiamunozvenera@gmail.com	

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA															
MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)															
EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO		BÁSICA SECUNDARIA			
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	01	AÑO	2003	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA) TL (TECNOLÓGICA) TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA) UN (UNIVERSITARIA)

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	6	X		AUXILIAR DE ENFERMERIA	12	2008	262

3

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

INF (EDUCACIÓN INFORMAL)

TR_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4

IDIOMAS

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

5

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR															
EMPRESA O ENTIDAD ARMADA NACIONAL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOLÍVAR			MUNICIPIO CARTAGENA DE INDIAS					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 6710707			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO							
			Día	06	Mes	02	Año	2025	Día	30	Mes	09	Año	2026	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1347 AUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA CIRUGIA HOSPITAL NAVAL					DIRECCIÓN Bocagrande Avenida San Martín							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR															
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOLÍVAR			MUNICIPIO CARTAGENA DE INDIAS					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 6710707			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO							
			Día	02	Mes	10	Año	2025	Día	30	Mes	06	Año	2026	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1347 AUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA AREA CIRUGIA					DIRECCIÓN avendia san martin							

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ARMADA NACIONAL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOLÍVAR			MUNICIPIO CARTAGENA DE INDIAS					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 6810707			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	02	Mes	12	Año	2024	Día	31	Mes	12	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA ASISTENCIAL					DIRECCIÓN CARRERA 2 14 210 BOCAGRANDE						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD BASE NAVAL ARC BOLIVAR - HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOLÍVAR			MUNICIPIO CARTAGENA DE INDIAS					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 6056810707			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	10	Mes	04	Año	2024	Día	15	Mes	11	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ENFERMERIA			DEPENDENCIA SALAS DE CIRUGIA					DIRECCIÓN CARRERA 2 14 210 BOCAGRANDE						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOLÍVAR			MUNICIPIO CARTAGENA DE INDIAS					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	13	Mes	10	Año	2023	Día	10	Mes	03	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1347 AUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA SALAS DE CIRUGIA					DIRECCIÓN CARRERA 2 14 210 BOCAGRANDE CRA 2 # 14 - 210						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOLÍVAR			MUNICIPIO CARTAGENA DE INDIAS					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	04	Mes	04	Año	2023	Día	31	Mes	08	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1347 AUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA AREA DE CIRUGIA					DIRECCIÓN CARRERA 2 14 210 av. San Martín Entrada Bocagrande						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOLÍVAR			MUNICIPIO CARTAGENA DE INDIAS					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	12	Año	2022	Día	31	Mes	03	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA DE SALUD			DEPENDENCIA SALAS DE CIRUGIA					DIRECCIÓN - BOCAGRANDE AVENIDA SAN MARTIN CRA. 2 # 14 - 210						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOLÍVAR			MUNICIPIO CARTAGENA DE INDIAS					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	18	Mes	07	Año	2022	Día	28	Mes	11	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA DE SALUD			DEPENDENCIA CIRUGIA HOSPITAL NAVAL					DIRECCIÓN - Bocagrande Av. San Martin, Cra. 2 # 14 - 210						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOLÍVAR			MUNICIPIO CARTAGENA DE INDIAS					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	28	Mes	12	Año	2021	Día	30	Mes	05	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA DE SALUD			DEPENDENCIA AREA ASISTENCIAL					DIRECCIÓN - AVENIDA SAN MARTIN ENTRADA BOCA GRANDE						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOLÍVAR			MUNICIPIO SANTA CATALINA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 6810707			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	06	Año	2021	Día	30	Mes	11	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA URGENCIA					DIRECCIÓN BOCAGRANDE						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL SANTA CATALINA DE ALEJANDRIA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOLÍVAR			MUNICIPIO CARTAGENA DE INDIAS					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3012311082			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	01	Año	2019	Día	29	Mes	02	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA VACUNACION Y URGENCIAS					DIRECCIÓN SANTA CATALINA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD PREVIMEDISALUD				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOLÍVAR			MUNICIPIO CARTAGENA DE INDIAS					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3173805613			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	01	Año	2018	Día	30	Mes	11	Año	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERIA AUXILIAR			DEPENDENCIA VISITAS DOMICILIARIAS					DIRECCIÓN CARTAGENA						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION COOSALUD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOLÍVAR			MUNICIPIO CARTAGENA DE INDIAS					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3012311082			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	02	Año	2013	Día	18	Mes	10	Año	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA VISITAS DOMICILIARIAS					DIRECCIÓN CARTAGENA						

6

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

7

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	1	10
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	3	2
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	7	4
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

8

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento

Dafnia Muñoz Jenera Mayo 2026

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

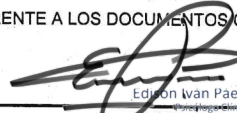
9

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Cartagena 05-08-26

Ciudad y fecha



Edison Ivan Paez Burgos

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Cartagena D. I. y C.,

EL SUSCRITO DIRECTOR HOSPITAL NAVAL NIVEL III DE CARTAGENA ,

CERTIFICA

Que de acuerdo al oficio No. 20230031620384132 de fecha 21 de diciembre de 2023, la señora **SOFIA DEL CARMEN MUÑOZ VENERA** identificada con Cedula de Ciudadanía No.1.051.885.073 expedida en Santa Catalina, ha celebrado, con el Hospital Naval Nivel III de Cartagena, los contratos de prestación de servicios relacionados a continuación, así:

1. NÚMERO	674-ARC-DISAN-DHONAC-2021
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA Y/O UFAPS
PLAZO DE EJECUCIÓN	30 de mayo de 2022
FECHA DE INICIO	28 de diciembre de 2021
FECHA DE TERMINACIÓN	30 de mayo de 2022
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$7.227.000,00
CALIDAD DE LA EJECUCIÓN	BUENA
SANCIÓN DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO	NINGUNA
2. NÚMERO	254-ARC-DISAN-DHONAC-2022
OBJETO DEL CONTRATO	CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA EL HOSPITAL NAVAL NIVEL III DE CARTAGENA.
PLAZO DE EJECUCIÓN	28 de noviembre de 2022
FECHA DE INICIO	18 de julio de 2022
FECHA DE TERMINACIÓN	28 de noviembre de 2022
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$7.200.000,00
CALIDAD DE LA EJECUCIÓN	BUENA
SANCIÓN DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO	NINGUNA
3. NÚMERO	456-ARC-DISAN-DHONC-2022
OBJETO DEL CONTRATO	CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL HOSPITAL NAVAL NIVEL III DE CARTAGENA Y UFAPS.
PLAZO DE EJECUCIÓN INICIAL	31 de marzo de 2023



**SANCIÓN DURANTE LA
VIGENCIA DEL CONTRATO**

NINGUNA

4. NÚMERO

204-ARC-DISAN-DHONAC-2023

OBJETO DEL CONTRATO

CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA EL HOSPITAL NAVAL NIVEL III DE CARTAGENA Y UFAPS

PLAZO DE EJECUCIÓN INICIAL

15 de agosto de 2023

FECHA DE INICIO

04 de abril de 2023

FECHA DE TERMINACIÓN

15 de agosto de 2023

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$6.480.000 ,000

CALIDAD DE LA EJECUCIÓN

BUENA

**SANCIÓN DURANTE LA
VIGENCIA DEL CONTRATO**

NINGUNA

5. NÚMERO

516-ARC-DISAN-DHONAC-2023

OBJETO DEL CONTRATO

CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA EL HOSPITAL NAVAL NIVEL III DE CARTAGENA Y UFAPS

PLAZO DE EJECUCIÓN INICIAL

10 de marzo de 2024

FECHA DE INICIO

13 de octubre de 2023

FECHA DE TERMINACIÓN

10 de marzo de 2024

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$10.682.280,00

CALIDAD DE LA EJECUCIÓN

EN EJECUCIÓN

**SANCIÓN DURANTE LA
VIGENCIA DEL CONTRATO**

NINGUNA



**E.S.E Hospital Local de
Santa Catalina de Alejandria
NIT. 806.013.609-5**



**EL SUSCRITO GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL
LOCAL DE SANTA CATALINA DE ALEJANDRIA- BOLIVAR**

CERTIFICA:

Que, revisados los archivos físicos y magnéticos de la institución se pudieron constatar, que la señora, **SOFIA DEL CARMEN MUÑOZ VENERA**, identificada con cedula de ciudadanía No. **1.051.885.073**, expedida en Santa Catalina; Bolívar, presto sus servicios, en esta institución como **AUXILAR DE ENFERMERÍA**, en el área de Vacunación, desde el primero 07 de enero del 2020 al 6 de febrero de 2021, cumpliendo satisfactoriamente sus funciones asignadas, como vacunadora y anotadora de PAI.

La presente certificación se expide y firma en el municipio de Santa Catalina- Bolívar a los veintiséis (26) días del mes de abril de 2021.

Cordialmente,

EDGAR ALFONSO DE LA HOZ GARCIA
Gerente ESE Santa Catalina de Alejandria.

Dirección: Santa Catalina, Departamento de Bolívar, Barrio Abajo
Email: hospitalsantacatalinabolivar@gmail.com



PREVIMEDISALUD

La primera línea de atención de la comunidad

ATENCIÓN PRIMARIA, ESPECIALIZADA Y SALUD PÚBLICA

Cartagena, 30 de Septiembre de 2020

A QUIEN CORRESPONDA

La Señorita, **SOFIA DEL CARMEN MUÑOZ VENERA**, identificado con cedula de ciudadanía No. 1.051.885.073 de Cartagena, laboro en nuestra empresa, en el cargo de Agente Educativo, desde el 01 de Enero de 2018 hasta el 30 de noviembre de 2018, en el horario de lunes a sábado.

Se expide a solicitud del interesado a los Treinta (30) días del mes de septiembre de 2020.

Atentamente,

JESUS AMERICO COSSIO BEJARANO
Coordinador Recursos Humanos

SEDE ADMINISTRATIVA
BARRANQUILLA
Edificio Clínica Internacional
C/ 49 E No. 85-39 Cde. 201
Tel. 3161742 Cel. 316283717
www.previmedisalud.com

SEDE DUELLIO
BARRANQUILLA
C/ 41 No. 10 - 31
Tel. 3207423 Cel. 3207281
Cel. 3161624883

SEDE SOLEDAD
SOLEDAD
Calle 14 No. 21-102
Tel. 3141772 Cel. 3200034
Cel. 317788411

Email: coordinacionprev@previmedisalud.com Email: coordinacionprev@previmedisalud.com



Función Pública

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

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

Yo, Dalia Muñoz Venera

IDENTIFICADO CON: C.C. C.E. T.I. N° 1038685073 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia Departamento Bolívar Municipio

Dirección Calle 1a Birsan Jose de los campos Teléfonos 3012096840

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARIENTESCO
<u>Valery Dalia Toribio Muñoz</u>	<u>1051892052</u>	<u>Hija</u>
<u>Saray Julieta Toribio Muñoz</u>	<u>1043993924</u>	

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	
ARRIENDOS	
HONORARIOS	
OTROS INGRESOS Y RENTAS	<u>106862280</u>
TOTAL	\$ <u>106862280</u>

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
<u>Banco Agrario de Colombia</u>	<u>Cuentas</u>	<u>412672034</u>	<u>Principal</u>	
		<u>64</u>		

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

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

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

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA

Sofía Muñoz

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Cartagena, Mayo / 2026

CIUDAD Y FECHA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.051.885.073
MUÑOZ VENERA
APELLIDOS
SOFIA DEL CARMEN
NOMBRES
Sofia Muñoz Venera



FECHA DE NACIMIENTO 04-SEP-1988
SANTA CATALINA
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68
ESTATURA

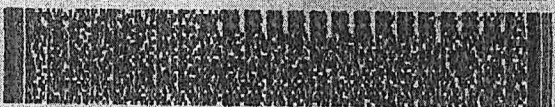
A+
G.S. RH

F
SEXO

25-ENE-2009 SANTA CATALINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN



REGISTRADOR NACIONAL
ALVARO GONZALEZ



A-0500100-01204320-F-1051885073-20220309 0078442715A 1 8509518516



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 03:19:29 PM horas del 20/05/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 1051885073

Apellidos y Nombres: **MUÑOZ VENERA SOFIA DEL CARMEN**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 15:20:19 horas del 20/05/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1051885073**,
Apellidos y Nombres **MUÑOZ VENERA SOFIA DEL CARMEN**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **sofia muñoz**, con NIT **105188507-3** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

<https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta>



Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

 Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 06/07/2026 10:01:21 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1051885073** y Nombre: **SOFIA DEL CARMEN MUÑOZ VENERA.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **143358795** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

 Nueva Búsqueda Imprimir

Información

515 9000

**Dios y
Patria**

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

**COLOMBIA
POTENCIA DE LA
VIDA****GOV.CO**

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 296308253



PIB
15:21:33
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 20 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) **SOFIA DEL CARMEN MUÑOZ VENERA** identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1051885073:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

ATENCIÓN :

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

División de Relacionamento con el Ciudadano.



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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 20 de mayo de 2026, a las 15:22:13, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1051885073
Código de Verificación	1051885073260520152213

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





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 1051885073 **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 06/07/2026 10:30 AM



Código Verificación: **H3WJQNK1MC**

Válida hasta: **04/10/2026**

Dirección de Gobierno Digital

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



La República de Colombia
y en su nombre la

Institución Educativa Técnica Agropecuaria, sostenible y ambiental
"Felipe Santiago Escobar"

Santa Catalina - Bolívar

Autorizada por la Gobernación del Departamento según Resolución No. 00033 del 21 de enero de 1999 y reconocida oficialmente por la Secretaría de Educación y Cultura del Departamento mediante Decreto No. 143 del 1 de abril de 2003,

Confiere a

Sofía del Carmen Muñoz Venera

Identificado(a) con T.?, No. 860904-62832 Expedida en Santa Catalina

El Título de

Bachiller Académico

Por haber alcanzado y aprobado los logros de formación integral correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, de acuerdo al Proyecto Educativo Institucional - P.E.I.

Rector,

Secretaria,

Este Diploma no requiere de registro en Secretaría de Educación
(Decreto Nacional No. 921 de 1994)

Anotado en el control interno del plantel en el

Libro No. 01 Folio No. 34 Diploma No. 61

Dado en Santa Catalina, a 20 de Diciembre del año 2009

MAZUERO EDITORES

DATE
1136730

Inscripción

MA

Acta de Grado

En la ciudad de SANTA CATALINA a los 20 días del mes de DICIEMBRE
del año 2003 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 INSTITUCION EDUCATIVA TECNICA AGRO-
PECUARIA, SOSTENIBLE Y AMBIENTAL FELIPE SANTIAGO ESCOBAR

Institución APROBADA HASTA NUEVA VISITA en el nivel de Educación

Media ACADEMICA y Autorizada por Secretaría de Educación y Cul-
tura de Bolívar.

para otorgar el título de Bachiller en la Modalidad

ACADEMICA

Según Resolución No. 00033 del 21 de Enero de 1999 y reconocido oficial-
mente mediante Decreto No. 143 del 1º de Abril de 2003

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios
correspondientes al Nivel de Educación Media ACADEMICA, llenando los requisitos

del respectivo Proyecto Educativo Institucional, se procedió a otorgar el TÍTULO DE BACHILLER

ACADEMICO

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

OROZCO VENERA SOFIA DEL CARMEN

T.I.No. 860904-62832 de Santa Catalina

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 25 de fecha DICIEMBRE-20-03

que consta de 43 alumnos y que comienza con el nombre de

CANTRO PEREZ YANETH PAOLA

y se cierra con el nombre de

OROZCO PAYARES JELVIS

Firmada y sellada por LIC. JUAN GUERRERO BABILONIA (Rector(a))

y LIBIA ESTHER CONEJO RODRIGUEZ (Secretario(a)).

Dada en SANTA CATALINA, el 20 de DICIEMBRE del año 2003.

Firmado y sellado

LIC. JUAN GUERRERO BABILONIA
Rector(a)
C.C. No. 9.033.130 de C/ena

LIBIA ESTHER CONEJO RODRIGUEZ
Secretario(a)
C.C. No. 23.135.694 de Sta. Catalina

Diploma No. 61



La República de Colombia
y en su territorio

Corporación Educativa Bienestar Social Deporte y Salud "CEBS DEPOSALUD"

Institución de Educación No Formal

Concepto Técnico favorable del Ministerio de Salud, Acuerdo N°. 45, con Licencia de
Funcionamiento, Resolución de la Secretaría de Educación Distrital N°. 0040 del 26 de
Abril de 1999 y Resolución N°. 0377 del 21 de Diciembre del 2001

Confiere Certificado de:

Auxiliar de Enfermería

A:

Sofía del Carmen Muñoz Venera
Identificada con C.C. N° 1 051 885 073 de Santa Catalina/Bol

Por haber cumplido satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos en el programa Auxiliar de
Enfermería, según Decreto 0114 de enero 15 de 1996 con una intensidad de 1800 horas teórico - prácticas

[Firma]
DIRECTORA

[Firma]
REPRESENTANTE LEGAL

[Firma]
COORDINADORA



CORPORACIÓN EDUCATIVA BIENESTAR SOCIAL DEPORTE Y SALUD "CEBS DEPOSALUD"

Aprobación Oficial No. 0010 de Abril 26/99, Resolución 0377 de Diciembre 21 del 2001 de la Secretaría de Educación y Cultura Distrital, Personería Jurídica No. 384 de Febrero 15/99 de la Gobernación de Bolívar, Nit. 806006262-1

Acta Individual de Certificado de Aptitud Técnico Ocupacional

En la ciudad de Cartagena de Indias D.T y C, Capital del Departamento de Bolívar, República de Colombia a los 25 días del mes de Agosto del año 2008 se reunieron los suscritos Directora y Secretaria, con el fin de formalizar la CERTIFICACIÓN DE APTITUD TÉCNICO OCUPACIONAL de los alumnos del ultimo semestre del Programa de Educación Técnica No Formal Técnico en Auxiliar de Enfermería, ofrecido por la Corporación Educativa Bienestar Social Deporte y Salud "CEBS DEPOSALUD". Institución aprobada y autorizada según Resolución Oficial No. 0040 de Abril 26/99. Concepto favorable del Ministerio de Salud Acuerdo 45 del 29 de Agosto del 2001 y Resolución 0377 de Diciembre 21 del 2001 de la Secretaría de Educación y Cultura Distrital, con Personería Jurídica No 384 de Febrero 15/99 de la Gobernación de Bolívar y Nit 806006262-4

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Programa de Educación Técnica No Formal Técnico en Auxiliar de Enfermería, se precedió a otorgar el CERTIFICADO DE APTITUD TÉCNICO OCUPACIONAL en Auxiliar de Enfermería, con una intensidad horaria de mil ochocientas (1.800) horas, al graduando cuyos nombres, apellidos y numero del documento de identidad se relaciona a continuación:

SOFIA DEL CARMEN MUÑOZ VENERA, con la cedula de ciudadanía No 1'051.885.073 de Santa Catalina/Bol

Es fiel copia tomada del Libro de Control de Actas Generales de Grado. Folio No. 028 Acta No. 012 realizada y registrada el día 25 del mes de Agosto del año 2008 que consta de 43 alumnos, que comienza con el nombre de ACEVEDO ARNEDO VIVIANA DEL CARMEN, y cierra con el nombre ZUNIGA BAHUQUE YESICA.

Firmado y sellado por María Montalvo de Locarno Directora y Candelaria Castro Cerda, Secretaria

Dado en Cartagena a los 25 día del mes de Septiembre del 2008

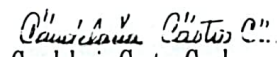
Firmado y Sellado

En constancia se firma la presente, por quienes intervinieron, en cumplimiento a lo ordenado en la Ley 115 de Febrero 8 de 1994 y el Decreto No. 0114 del 15 de Enero de 1996, Artículo 13 y 14. Anotados para efectos de vigilancia en el Libro de Registros de Certificados No. 01 que se lleva en la Institución, Folio No. 026 hoy 25 de Septiembre del 2008.


Lic. Maria Montalvo de Locarno
Directora DEPOSALUD
C.C.No. 33.126.409 de Cartagena

COMO NOTARIO UNICO DE
SANTA CATALINA - BOLIVAR
CERTIFICO QUE ESTA FOTO-
COPIA COINCIDE CON EL
ORIGINAL, QUE HE TENIDO
A LA VISTA

20 ENE 2009


Candelaria Castro Cerda.

Secretaria DEPOSALUD
C.C.No. 23.002.419 de Turbaco/Bol

[Verificar Registro en ReTHUS](#)[Limpiar](#)

Resultado General -2026-07-06--9:29:06 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1051885073	SOFIA	DEL CARMEN	MUÑOZ	VERENA	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) SOFIA DEL CARMEN MUÑOZ VERENA identificado(a) con CC 1051885073 registra La siguiente información:

2026-07-06--9:29:06 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2009-06-12	16517	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD BOLIVAR

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

GOBERNACION DE BOLIVAR
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

RESOLUCIÓN NÚMERO

Por medio de la cual se autoriza la inscripción y Registro del Certificado y se Autoriza el ejercicio de las funciones

EL SUBSECRETARIO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE BOLIVAR

En uso de sus atribuciones legales y en atención de la delegación de funciones conferidas por el Secretario de Salud en la Resolución número 6206 del 82 de Abril de 2009.

CONSIDERANDO

- 1.- Que **SOFIA DEL CARMEN MUÑOZ VENERA**, identificada con la cédula de ciudadanía número 1.051.885.073 de Santa Catalina (Bolívar) ha solicitado, a esta Secretaría, la inscripción y Registro de su Certificado como **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, certificación otorgada por la **CORPORACION EDUCATIVA BIENESTAR SOCIAL DEPORTE Y SALUD CERO "DEPOSALUD"** el 25 de septiembre de 2008, según acta de grado de fecha 25 de septiembre de 2008.
- 2.- Que al mismo tiempo solicita la autorización para ejercer las funciones como **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, en todo el Territorio Nacional.
- 3.- Que dicho Título se encuentra debidamente Registrado ante el Ministerio de Educación Nacional e igualmente registrado en el Libro No. 01, Folio No. 027 de fecha 25 de septiembre de 2008.
- 4.- Que es competencia de la Secretaría Departamental acceder a lo solicitado.

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- Autorízase la inscripción y Registro del Certificado como **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, otorgado por la **CORPORACION EDUCATIVA BIENESTAR SOCIAL DEPORTE Y SALUD CERO "DEPOSALUD"** a **SOFIA DEL CARMEN MUÑOZ VENERA**, en esta Secretaría.

ARTÍCULO SEGUNDO.- Autorízase a **SOFIA DEL CARMEN MUÑOZ VENERA**, identificada con la cédula de ciudadanía número 1.051.885.073 de Santa Catalina (Bolívar), para ejercer las funciones como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en todo el Territorio Nacional.

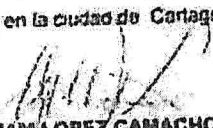
ARTÍCULO TERCERO.- Para el ejercicio de las funciones como **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, en zona geográfica diferente a la en que se expide la presente Resolución, la autorizada deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del Departamento donde va a laborar, con el fin que tal Secretaría pueda ejercer las funciones de vigilancia y control que le corresponden.

ARTÍCULO CUARTO.- Contra la presente Resolución procede el Recurso de Reposición, en los términos establecidos por el Código Contencioso Administrativo.

ARTÍCULO QUINTO.- La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dada en la ciudad de Cartagena de Indias a los


WILLIAM LOPEZ GAMACHO
Subsecretario Departamental de Salud de Bolívar.

CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE

Sofia Muñoz Venera

CC: 1051885073

En el Curso de: **ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GENERO CON ENFOQUE PSICOSOCIAL**
Para: **Auxiliar de Enfermería**

Cumplió satisfactoriamente con los requisitos académicos, legales y reglamentarios establecidos para el Curso Teórico - Práctico, impartido por Quirón Centro de Formación en Salud S.A.S., identificado con NIT 901237169-2, matrícula mercantil N°. 722.315, con Licencia de Funcionamiento N°. 04757 de 2023, otorgada por la Secretaría de Educación, como institución para la Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano (ETDH). En cumplimiento del Decreto 1075 de 2015 (Art. 2.6.6.8) del Ministerio de Educación Nacional – Educación Continua, y la normatividad vigente: Decreto 1710 de 2020 - 2026, Resolución 3100 de 2019, Decreto 376 de 2022 y Decreto 1444 de 2025.

El curso fue realizado el 8 de julio de 2026 con una intensidad horaria de 80 Horas. El presente certificado tiene una vigencia de dos (2) años a partir de la fecha de su expedición.

VIGILADO MINEDUCACIÓN

Victor Hugo Estrada Pedrozo
Representante Legal
VICTOR HUGO ESTRADA PEDROZO

Johanna Tapia M.
Directora Administrativa
JOHANNA PAOLA TAPIA MARTINEZ

S. Lorena Osorio Cuervo
Coordinadora Académica
SANDRA LORENA OSORIO CUERVO

Si desea validar la veracidad de este certificado, escanee el código QR o ingrese a www.quironvirtual.edu.co en el botón "Validar Certificados".
rgerencia@quironcolombia.com · Cel: 322 721 1337 · www.quironcolombia.com · Calle 45 No. 14 - 29, Barranquilla, Colombia.



CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE

Sofia Muñoz Venera

CC: 1051885073

En el Curso de: **ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUIMICOS**
Para: **Auxiliar de Enfermería**

Cumplió satisfactoriamente con los requisitos académicos, legales y reglamentarios establecidos para el Curso Teórico - Práctico, impartido por Quirón Centro de Formación en Salud S.A.S., identificado con NIT 901237169-2, matrícula mercantil N°. 722.315, con Licencia de Funcionamiento N°. 04757 de 2023, otorgada por la Secretaría de Educación, como institución para la Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano (ETDH). En cumplimiento del Decreto 1075 de 2015 (Art. 2.6.6.8) del Ministerio de Educación Nacional – Educación Continua, y la normatividad vigente: Resolución 0156 de 2021, Resolución 3100 de 2019, Decreto 376 de 2022 y Decreto 1444 de 2025.

El curso fue realizado el 8 de julio de 2026 con una intensidad horaria de 80 Horas. El presente certificado tiene una vigencia de dos (2) años a partir de la fecha de su expedición.

VIGILADO MINEDUCACIÓN

Victor Hugo Estrada Pedrozo
Representante Legal

VÍCTOR HUGO ESTRADA PEDROZO

Johanna Tapia M.
Directora Administrativa

JOHANNA PAOLA TAPIA MARTINEZ

S. Lorena Osorio Cuervo
Coordinadora Académica

SANDRA LORENA OSORIO CUERVO

Si desea validar la veracidad de este certificado, escanee el código QR o ingrese a www.quironvirtual.edu.co en el botón "Validar Certificados".

rgerencia@quironcolombia.com · Cel: 322 721 1337 · www.quironcolombia.com · Calle 45 No. 14 - 29, Barranquilla, Colombia.



CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE

Sofia Muñoz Venera

CC: 1051885073

En el Curso de: **DIAGNOSTICO Y MANEJO CLINICO DEL DENGUE**
Para: **Auxiliar de Enfermería**

Cumplió satisfactoriamente con los requisitos académicos, legales y reglamentarios establecidos para el Curso Teórico - Práctico, impartido por Quirón Centro de Formación en Salud S.A.S., identificado con NIT 901237169-2, matrícula mercantil N°. 722.315, con Licencia de Funcionamiento N°. 04757 de 2023, otorgada por la Secretaría de Educación, como institución para la Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano (ETDH). basado en las guías de la organización panamericana de la salud

El curso fue realizado el 8 de julio de 2026 con una intensidad horaria de 80 Horas. El presente certificado tiene una vigencia de dos (2) años a partir de la fecha de su expedición.

VIGILADO MINEDUCACIÓN

Victor Hugo Estrada Pedrozo

Representante Legal
VICTOR HUGO ESTRADA PEDROZO

Johanna Tapia M.

Directora Académica
JOHANNA PAOLA TAPIA MARTINEZ

S. Lorena Osorio Cuervo

Coordinadora Académica
SANDRA LORENA OSORIO CUERVO

Si desea validar la veracidad de este certificado, escanee el código QR o ingrese a www.quironvirtual.edu.co en el botón "Validar Certificados".

Referencia: @quironcolombia.com · Cel: 322 721 1337 · www.quironcolombia.com · Calle 45 No. 14-29, Barranquilla, Colombia.



CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE

Sofia Muñoz Venera

CC: 1051885073

En el Curso de: **SVB - SOPORTE VITAL BASICO**
Para: **Auxiliar de Enfermería**

Cumplió satisfactoriamente con los requisitos académicos, legales y reglamentarios establecidos para el Curso Teórico - Práctico, impartido por Quirón Centro de Formación en Salud S.A.S., identificado con NIT 901237169-2, matrícula mercantil N°. 722.315, con Licencia de Funcionamiento N°. 04757 de 2023, otorgada por la Secretaría de Educación, como institución para la Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano (ETDH). En cumplimiento del Decreto 1075 de 2015 (Art. 2.6.6.8) del Ministerio de Educación Nacional – Educación Continua, y la normatividad vigente: Resolución 0156 de 2021, Resolución 3100 de 2019, Decreto 376 de 2022 y Decreto 1444 de 2025. Guías 2025-2030

El curso fue realizado el 8 de julio de 2026 con una intensidad horaria de 80 Horas. El presente certificado tiene una vigencia de dos (2) años a partir de la fecha de su expedición.

VIGILADO MINEDUCACIÓN

Victor Hugo Estrada Pedrozo
Representante Legal
VICTOR HUGO ESTRADA PEDROZO

Johanna Tapia M.
Directora Administrativa
JOHANNA PAOLA TAPIA MARTINEZ

S. Lorena Osorio Cuervo
Coordinadora Académica
SANDRA LORENA OSORIO CUERVO

Si desea validar la veracidad de este certificado, escanee el código QR o ingrese a www.quironvirtual.edu.co en el botón "Validar Certificados".
rgerencia@quironcolombia.com · Cel: 322 721 1337 · www.quironcolombia.com · Calle 45 No. 14 - 29, Barranquilla, Colombia.



CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE

Sofia Muñoz Venera

CC: 1051885073

En el Curso de: **AIEPI CLINICO**

Para: **Auxiliar de Enfermería**

Cumplió satisfactoriamente con los requisitos académicos, legales y reglamentarios establecidos para el Curso Teórico - Práctico, impartido por Quirón Centro de Formación en Salud S.A.S., identificado con NIT 901237169-2, matrícula mercantil N°. 722.315, con Licencia de Funcionamiento N°. 04757 de 2023, otorgada por la Secretaría de Educación, como institución para la Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano (ETDH). En cumplimiento del Decreto 1075 de 2015 (Art. 2.6.6.8) del Ministerio de Educación Nacional – Educación Continua, y la normatividad vigente: Resolución N° 0591 de 2010 - 2026, Resolución 3100 de 2019, Decreto 376 de 2022 y Decreto 1444 de 2025.

El curso fue realizado el 8 de julio de 2026 con una intensidad horaria de 80 Horas. El presente certificado tiene una vigencia de dos (2) años a partir de la fecha de su expedición.

VIGILADO MINEDUCACIÓN

Victor Hugo Estrada Pedrozo
Representante Legal
VICTOR HUGO ESTRADA PEDROZO

Johanna Tapia M.
Directora Administrativa
JOHANNA PAOLA TAPIA MARTINEZ

S. Lorena Osorio Cuervo
Coordinadora Académica
SANDRA LORENA OSORIO CUERVO

Si desea validar la veracidad de este certificado, escanee el código QR o ingrese a www.quironvirtual.edu.co en el botón "Validar Certificados".
rgerencia@quironcolombia.com · Cel: 322 721 1337 · www.quironcolombia.com · Calle 45 No. 14 - 29, Barranquilla, Colombia.





CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) **SOFIA DEL CARMEN MUÑOZ VENERA** identificado(a) con CC 1051885073 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 01/06/2015

Estado de la Afiliación: **Vigente**

IPS: **UT BIENESTAR IPS CLINICA GENERAL DEL CARIBE-SANTA LUCIA**

Categoría: **A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 6 días del mes 7 del año 2026.

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

Observaciones:

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

Cordialmente,



Gerencia de Afiliaciones

Protección

Una empresa **SURA** 

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MUÑOZ VENERA SOFIA DEL CARMEN** identificado(a) con **CC** número **1.051.885.073** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 02 de noviembre de 2012 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 01 de julio de 2026.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:

Bogotá (601) 482 33 64 – Medellín (604) 510 90 99 – Cali (602) 386 00 80 -

Barranquilla (605) 319 79 99 – Cartagena (605) 642 49 99 – WhatsApp +57 310 220 5575

o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a <https://customer0001.wolkvox.com/proteccion/index.php>



PROCESO	Talento Humano PROTH – Área Seguridad y Salud en el Trabajo ARSST.
Formato	requisitos de vacunación personal con actividades netamente asistenciales DIGSA
Código	MDN-COGFM-PROTH-DIGSA-FU.95.1-116
Vigente	Agosto de 2023

I. DATOS PERSONALES

Apellidos:	Flórez Venera	Nombres:	Sofía del Carmen
N° de Documento:	1031885073	Edad:	30 años
Genero:	Mujer ☒	Hombre	☐
Profesión u ocupación:	AUX Ent	Número de contacto:	
Correro electrónico:	SofiaFlorVenera@gmail.com		

II. DATOS LABORALES

DIGSA	☐	DISAN EJC	☐	DISAN ARC	☒	JEFSFA FAC	☐
-------	--------------------------	-----------	--------------------------	-----------	-------------------------------------	------------	--------------------------

Establecimiento de Sanidad Militar:

Cargo al que aspira:

III. TIPO DE VINCULACIÓN

Nombramiento en Planta DIGSA	☐	Servicio Social Obligatorio (SSO)	☐	Prestación de Servicio (OPS)	☐
------------------------------	--------------------------	-----------------------------------	--------------------------	------------------------------	--------------------------

IV. DATOS CARNÉ DE VACUNACIÓN

PREGUNTA	SI	NO
¿Adjunta Carné de Vacunación?		
¿Validación contra el carné de vacunación?		

V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN ACTIVIDADES NETAMENTE ASISTENCIALES

VACUNA	GÉNERO	OBSERVACIÓN	DOSIS	CUMPLE SI / NO	FECHA DE APLICACIÓN / PENDIENTE
Hepatitis A	Hombre/Mujer	Ninguna	1ra		27/02/24
Hepatitis B	Hombre/Mujer	Ninguna	1ra 2da 3ra 1 Refuerzo cada 15 años al terminar esquema		28/02/04 28/03/07 30/04/07
Toxide Tetánico y Diftérico	Mujer	Este esquema de vacunación se requiere hasta los 49 años de edad.	1ra 2da 3ra 4ta 5ta 1 Refuerzo cada 10 años al terminar esquema		23/06/22 21/5/14 03/02/15 03/09/20 6/6/22
	Hombre		1ra 2da 3ra 1 Refuerzo cada 10 años al terminar		26/6/26

V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN ACTIVIDADES NETAMENTE ASISTENCIALES

/	Influenza Estacional	Hombre/Mujer	Si la contratación se realiza antes del mes de mayo se debe solicitar la vacuna del año anterior. Si la contratación se realiza posterior al mes de mayo se debe solicitar la vacuna del año vigente La única justificación para la NO aplicación es la no disponibilidad en el país.	1ra		11/8/23 26/05/22 05/11/24 12/9/25 22/04/26
	Fiebre amarilla COPIA DE CARNET (NO PAIWEB)	Hombre/Mujer	Solo se debe solicitar al personal que desarrolle actividades en zonas inferiores a 2.000 m sobre el nivel del mar. Solo se debe solicitar a menores de 60 años, sin antecedentes de enfermedades que afecten el sistema inmunológico.	1ra		30/12/16
/	Varicela	Hombre/Mujer	Solo se debe solicitar a menores de 60 años sin antecedente de vacunación o de haber tenido la enfermedad, y sin antecedentes de enfermedades que afecten el sistema inmunológico.	1ra		5/03/24
/	Triple Viral (TV) (sarampión, rubeola y parotiditis)	Hombre/Mujer	Solo se debe solicitar a menores de 60 años, para todo el país y sin antecedente de enfermedades que afecten el sistema inmunológico. No es válida la bivalente (sarampión y rubeola)	TV (SRP) 1 dosis con cepa Jeryl Lynn adultos.		23/03/16 18/06/23
/	DPTA - Difteria - Tétano - Tosferina a celular	Hombre/Mujer	** si certifica esta vacuna, se puede homologar por una (1) sola dosis de Td - Toxoide Tetánico y Diftérico, pero no lo contrario.	1ra 1 Refuerzo cada 10 años al terminar		05/02/15 26/6/26
/	Neumococo	Hombre/Mujer	Ninguna Se deberá solicitar al personal que fue vacunado con vacuna polisacárido	1ra 1 Refuerzo cada 5 años al terminar		17/08/23

NOTA: Es importante informar al aspirante que si dentro de su esquema no cuenta con dos o tres vacunas de este grupo: Fiebre Amarilla, Varicela y/o Triple Viral, estas deben ser administradas simultáneamente, lo anterior teniendo en cuenta que si no se sigue esta recomendación se interfiere en su respuesta inmunitaria.

OBSERVACIONES:

20

VI. FIRMA DE COMPROMISO

SI		NO	
----	--	----	--

VII. APROBACIÓN

SI		NO	
----	--	----	--

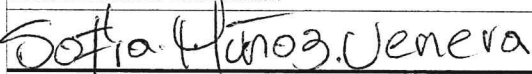
NOTA: Partiendo del principio de la buena fe, lo certificado en el carné de vacunas presentado por el aspirante, se asume como un hecho cierto y veraz; la rendición de información no comprobable mediante evidencia, se configura como falsedad en documento público, hecho que puede ser objeto de sanciones disciplinarias.

PAULA ANDREA AGUDELO DIEZ 30 JUNIO /2026 -

Firma Jefe de Vacunación del centro de trabajo

 **Eris Tedys Orobio Peña**
Seguridad Salud en el Trabajo
Firma Responsable del área de SST de la DIGEMIDISAN/JEFSA
Res. 1149 de 2021

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Como aspirante a contrato o nombramiento certifico que he leído, entiendo y acepto los términos, condiciones y la información suministrada por la Dirección General de Sanidad Militar.


Firma del aspirante

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxóide Tetánico - Difterico (Td)	1	7-05-21	233820241	Neplos
	2			
	3			
	4			
	5			
Tda Pacelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual			
Otras				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxóide Tetánico - Difterico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5	6-06-22	233760112	Verdes G.D
Tda Pacelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	26-05-22	V5022005	Depla
Otras				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única	23-03-18	N3N24	Orlinda
Fiebre Amarilla	Única	30-12-16	Sanofi M5019	Orlinda
Toxóide Tetánico - Difterico (Td)	1	21-05-14	02421015C	Orlinda
	2	05-02-15	AC34B152M	Orlinda
	3	3-09-20	2338X024AP	Neplos
	4			
	5			
Pacelular	1	05-02-15	AC34B152M	Orlinda
	2			
VPH	1			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1	26-02-07	04330039	Fidia
	2	30-03-07	0430034	Fidia
	3	30-04-07	0430039	Fidia
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	5-09-20	V5022008	Neplos
Neurorreg		27-10-06	60231	
Otras		21-04-07	60234	Depla

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

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

La salud es de todos

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

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

La salud es de todos

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

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

La salud es de todos

Certificado de vacunación del adulto

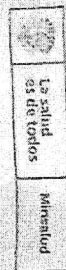
Nombre:

Sofía Muñoz Venera,

Apellidos:

Documento de Identidad: C.C. TI. Pasaporte No. 1051885073.

Fecha de nacimiento: Día 04 Mes 09 Año 1986



Certificado de vacunación del adulto

Nombre:

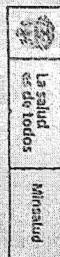
Sofía

Apellidos:

Muñoz Venera.

Documento de Identidad: C.C. TI. Pasaporte No. 1051885073

Fecha de nacimiento: Día 04 Mes 09 Año 1986



Certificado de vacunación del adulto

Nombre:

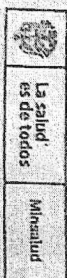
Sofía del Carmen

Apellidos:

Muñoz Venera

Documento de Identidad: C.C. TI. Pasaporte No. 1051885073

Fecha de nacimiento: Día 04 Mes 09 Año 1986



VACUNAS		RECORRE COMERCIAL	DOSIS	FECHA APLICACION DD MM AA	LOTE	FIRMA Y SELLO
TETANUS Difteria			1da			
			2da			
			3da			
			Ref. 1			
			Ref. 2			
			2da			
			3da			
			Ref. 1			
			Ref. 2			
			2da			
			3da			
			Ref. 1			

VACUNAS		RECORRE COMERCIAL	DOSIS	FECHA APLICACION DD MM AA	LOTE	FIRMA Y SELLO
HEPATITIS A			1da			
			2da			
			3da			
			Ref. 1			
			Ref. 2			
			2da			
			3da			
			Ref. 1			
			Ref. 2			
			2da			
			3da			
			Ref. 1			

VACUNAS		RECORRE COMERCIAL	DOSIS	FECHA APLICACION DD MM AA	LOTE	FIRMA Y SELLO
NEUMOCOCCO			1da			
			2da			
			3da			
			Ref. 1			
			Ref. 2			
			2da			
			3da			
			Ref. 1			
			Ref. 2			
			2da			
			3da			
			Ref. 1			


 MINISTRO DE LA
 SECRETARIA DE SALUD

CENTRO DE VACINAS
VACUNET S.A.S.
 COLONIALES CON LA VITA

 Vaciunet Supercol

6525895
 #TELEFONO
 300 6910401
 #CELULAR
 CENTRO MEDICO LOS
 EJECUTIVOS 2 PISO LOCAL 213
 CARRERA 104

 vacunetgerencia@gmail.com

**HABILITADO POR LA
SECRETARÍA DE SALUD**



Centro de Vacinas



ACCUNET SAS.

विष्णुसुपेरद'पद' (२)

575

Nombre: Sofia del Carmen Muñoz Veneré

D.L. 7051 545 093

Tel/Cel: 3012096840

Biología	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	14/07 2021	PFIZER	FA1100	ESE HOSP Sta. Catal	Fujia Fajar	23126312
	2	19/08 2021	PFIZER	2a1258A	ESE HOSP Sta. Catal	Yaneth Lago	23139041
	3	26/02 2022	PFIZER	2096G	HONAC	Ruben CORTES	107530016

30/07/2021 08:00 AM 1051885073

VACUNAS	NOMBRE COMERCIAL	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE	FIRMA Y SELLO
			DD MM AA		
		1da			
		2da			
		3da			
		4da			
		5da			
		6da			
		7da			
		8da			
		9da			
		10da			

VACUNAS	NOMBRE COMERCIAL	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE	FIRMA Y SELLO
			DD MM AA		
HEPATITE A		1da			
		2da			
VARICELA		1da			
		2da			
MENINGITIS B.C		1da			
		2da			
MENINGITIS ACV VIB		1da			

VACUNAS	NOMBRE COMERCIAL	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE	FIRMA Y SELLO
			DD MM AA		
HEPATITIS B		1da	14 AGO 2023	20171804	
HEPATITIS A		1da	14 AGO 2023	20171804	
TETRA VIRAL		1da	14 AGO 2023	20171804	
FIEBRE AMARILLA		1da			
		2da			
VPH		1da			
		2da			

30/07/2021 08:00 AM 1051885073

VACUNAS	NOMBRE COMERCIAL	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE	FIRMA Y SELLO
			DD MM AA		
		1da			
		2da			
		3da			
		4da			
		5da			
		6da			
		7da			
		8da			
		9da			
		10da			

VACUNAS	NOMBRE COMERCIAL	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE	FIRMA Y SELLO
			DD MM AA		
HEPATITIS A		1da	14 AGO 2023	20171804	
		2da			
VARICELA		1da			
		2da			
MENINGITIS B.C		1da			
		2da			

VACUNAS	NOMBRE COMERCIAL	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE	FIRMA Y SELLO
			DD MM AA		
HEPATITIS B		1da	14 AGO 2023	20171804	
HEPATITIS A		1da	14 AGO 2023	20171804	
TETRA VIRAL		1da	14 AGO 2023	20171804	
FIEBRE AMARILLA		1da			
		2da			
VPH		1da			
		2da			



9236

Nombre: Sofia Muñoz Venera

D.I.: 1054895073

Tel/Cel: 3043096840

Vacunet
COMPROMETIDOS CON LA VIDA

6525895
TELÉFONO

300 6910401
TELÉFONO

CENTRO MEDICO LOS
EJECUTIVOS 2 PISO
LOCAL 213 CARTAGENA BOUVAR

vacunetgerencia@gmail.com

FECHA	APLICACION	LOTE	FIRMA Y SELLO
DD	MM	AA	

IDENTIFICACION:			
NOMBRE COMERCIAL	DOSIS	FECHA APLICACION DD MM AA	LOTE
	1era		
	2da		
	3era		
	Ref 1		
	Ref 2		
	1era		
	2da		
	3era		
	Ref 1		

VACUNAS	NOMBRE COMERCIAL	DOSIS	FECHA APLICACION DD MM AA	LOTE	FIRMA Y SELLO
HEPATITIS A		1era			
		2da			
VARICELA		1era			
		2da			
MENINGITIS B,C		1era			
		2da			
MENINGITIS A,C,Y,WISS		1era			

VACUNAS	NOMBRE COMERCIAL	DOSIS	FECHA APLICACION DD MM AA
NEUMOCOCCO		1era	
INFLUENZA	Infaluz	1era	SEP 2005
TRIPLE VIRAL		1era	
FIEBRE AMARILLA		1era	
INFLUENZA	Infaluz	1era	

CIVICENTRO
INTEGRAL
E INTERNACIONAL
DE VACUNACIÓN**Certificado de Vacunación**

Nombres:

Sofía del Carmen

Apellidos:

Mano Venero

Documento
de Identidad:

C.C.

T.I.

Pasaporte

PEP

Otro

cuál:

No.

1051885073

Fecha de
Nacimiento:

Día

04

Mes

09

Año

1986

Biológico

Dosis

Fecha

Lote

Firma Vacunador
y Sello

Hepatitis B

2

3

1

26 JUN 2026 3074906

Dpto
Toxide Tetánico
Difterico (Td)
y Pertussis

2

3

(Mujeres)

4

5

Otras

CIVI
CENTRO
INTEGRAL
E INTERNACIONAL
DE VACUNACIÓN

	MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA GRUPO DE TALENTO HUMANO	Formato Remisión a evaluación médica ocupacional de Ingreso DIGSA Código: MDN-COGFM-PROATH-DIGSA-FU.95.1-98-V1 Proceso: Administración del Talento Humano - Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo
	Antes de diligenciar e imprimir este documento por favor lea con atención las siguientes instrucciones: 1. Lea con atención el contenido que se encuentra en cada casilla para el diligenciamiento adecuado de la misma. 2. Diligencie este formato de forma digital con color negro. 3. No cambie el tipo el tipo de letra (Arial, tamaño 10). 4. No cambie el orden del documento, no adicione, ajuste ni elimine columnas. 5. Si tiene dudas por favor comuníquese con el responsable del SG-SST en su Dirección de Sanidad. 6. Marque y elimine esta casilla antes de imprimir el formato.	
Objetivo: Emitir las directrices para la realización de la evaluación médica ocupacional de Ingreso para el personal de prestación de servicios de la Dirección General de Sanidad Militar, Direcciones de Sanidad y Establecimientos de Sanidad Militar.		
Fecha de expedición:		Ciudad:
II. DATOS DEL ASPIRANTE		
Nombres: Sofia Muñoz Ueneva		Apellidos:
No. Cédula de Ciudadanía: 1051883043		Perfil o Profesión: Nux Enfermera
Dirección de residencia:		Teléfono: 3012596840
III. DATOS DEL CARGO		
Administrativo	Asistencial	Operativo
		X
IV. DATOS DE LA EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL		
La remisión de las evaluaciones médicas ocupacionales debe estar sujeta a lo establecido en el Profeslograma definido por la Dirección General de Sanidad Militar. (Marque con una X las evaluaciones médicas solicitadas al aspirante)		
MEDICO CON ANEXO OSTEOMUSCULAR	X	OFTALMOLOGIA CON ENFASIS EN FONDO DE OJO Y CAMARA ANTERIOR
VISIONOMETRIA	X	HEMOGRAMA
OPTOMETRIA		CREATININA
AUDIMETRIA		TRANSAMINASAS GPT Y GOT
PERFIL LIPIDICO: TRIGLICERIDOS, COLESTEROL TOTAL, HDL, LDL		TSH
ELECTROCARDIOGRAMA		T4
EVALUACIÓN PSICOSENSOMETRICA		T3
FROTIS FARINGEO		BILIRUBINA TOTAL Y DIRECTA
KOH DE UÑAS		POSFATASA ALCALINA
COPROLOGICO		ESPERMOGRAMA (HOMBRE)
ESPIROMETRIA		FSH, LH (MUJER)
GLUCEMIA		Otro:
Señor(a) aspirante la Dirección General de Sanidad Militar solo autoriza la realización de la evaluación médica ocupacional solicitada, en las siguientes IPS:		
Nivel Nacional	Bogotá	Región Caribe
Medilaboral	Familsalem IPS	Olimpus
Cendiatra	IPS Fundemos	a&s Ocupacional
Diamedical LTDA	Unimsalud	GAC Medicina Especializada
V. OBSERVACIONES		

Remite:

Eris Tedys Orobio Peña
 Seguridad Salud en el Trabajo
 Res. 4448 de 2021

Nombre:

Líder o Coordinador de Seguridad y Salud en el Trabajo

Nombre Centro de Trabajo:

NOTA: EL AVAL DE LA EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL SERÁ PRERREQUISITO PARA EL PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO

TIPO CERTIFICACION				
1. PREINGRESO [X]	2. PERIÓDICO PROGRAMADA []	3. RETIRO []	4. CONTROL []	5. POST INCAPACIDAD []
6. REUBICACIÓN []	7. CASO OCUPACIONAL []	8. TRAB. EN ALTURAS []	9. ESPACIOS CONFINADOS []	10. MANIPULACION DE ALIMENTOS []

DATOS DEL PACIENTE			
FECHA: 23/02/2024	EMPRESA EN MISION: PARTICULARES 50		
NOMBRE: SOFIA DEL CARMEN MUÑOZ VENERA		DOC. IDENTIDAD: CC 1061895073	
CARGO: AUXILIAR DE ENFERMERIA		EDAD: 37 AÑOS	
ESTADO CIVIL: UNION LIBRE	FECHA DE NACIMIENTO: 1986-09-04	EPS: NUEVA EPS	
DIRECCIÓN: SAN JOSE DE LOS CAMPANOS		TELÉFONO: 3012096840	
PESO: 62 Kg	TALLA: 169 Cm	P.ABDOMINAL: 0 Cm	IMC: 21.71



SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLINICOS

1) VISIOMETRIA 2) EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

EXAMEN DE PREINGRESO			
CONCEPTO		SI	NO
1. EXISTEN RESTRICCIONES PARA LA OCUPACION		[]	[X]

CONCEPTOS GENERALES

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA						
1. VISUAL []	2. AUDITIVO []	3. RESPIRATORIO []	4. CARDIOVASCULAR []	5. PSICOSOCIAL []	6. ERGONOMICO []	7. OTROS []

REMISIONES	SI [] NO [X]	AFI	SI [] NO [X]	EPS	SI [] NO [X]
------------	-----------------	-----	-----------------	-----	-----------------

RESTRICCIONES EXISTENTES

NINGUNA

RECOMENDACIONES Y/O CONDICIONES A ADOPTAR PARA QUE EL TRABAJADOR PUEDA DESEMPEÑAR LA LABOR

- SE RECOMIENDA ESTILO DE VIDA Y TRABAJO SALUDABLE
- DIETA BALANCEADA CON ADECUADO APOORTE NUTRICIONAL, ACTIVIDAD FISICA REGULAR COMO EJERCICIOS O ACTIVIDADES FISICAS AEROBICAS DE FORMA REGULAR ENTRE 150 A 300 MINUTOS POR SEMANA (OMIS), PARA INCREMENTAR LA HABILIDAD DE UTILIZAR OXIGENO PARA EL RENDIMIENTO EN EL TRABAJO Y PARA MANTENER UN PESO ADECUADO A SU TALLA (IMC)
- IMPLEMENTACION DE MEDIDAS ERGONOMICAS PARA PREVENCION DE DESORDENES MUSCULO ESQUELETICOS
- HIGIENE POSTURAL DURANTE JORNADAS LABORALES
- PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADAS LABORALES
- USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ACORDES CON LA EXPOSICION A FACTORES DE RIESGO LABORAL.

CONCEPTOS OCUPACIONALES

NO EXISTE RESTRICCIÓN PARA EL CARGO

OBSERVACIONES Y/O REMISIONES

NINGUNA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CERTIFICO Y MANIFIESTO QUE HE SIDO INFORMADO(A) SOBRE LO CONCERNIENTE AL PROPÓSITO Y BENEFICIO DEL EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL Y/O EXAMENES COMPLEMENTARIOS QUE SE ME VAN A REALIZAR, COMPRENDO QUE EL OBJETIVO DE LOS MISMOS ES IDENTIFICAR CONDICIONES DE SALUD Y REALIZAR DIAGNOSTICOS PRESUNTIVOS DE ENFERMEDAD LABORAL, ASI COMO LOS BENEFICIOS Y SU IMPORTANCIA PARA EL DESARROLLO, EJECUCION Y CUMPLIMIENTO DEL SUBSISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA AL IGUAL QUE SUS RIESGOS, MOTIVO POR EL CUAL AUTORIZO EN FORMA LIBRE, ESPONTANEA Y VOLUNTARIA MI CONSENTIMIENTO PARA SU REALIZACION DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO CON LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE PARA LA CUSTODIA Y ENTREGA DE LOS RESULTADOS, FACULTO Y DELEGA AL PROFESIONAL EN MEDICINA ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS IPS SAS, Y/O MEDICINA LABORAL DE LA EMPRESA, QUIEN TENDRA A SU CARGO DICHOS DOCUMENTOS SIENDO EL RESPONSABLE DE GARANTIZAR SU CONFIDENCIALIDAD. PODRAN ENTREGAR COPIA DE MI HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL, PUESTADA, PREVIA AUTORIZACION DE MI PARTE O CUANDO MEDIE MANDATO JUDICIAL, A SOLICITUD DE LAS ENTIDADES DE LA SEGURIDAD SOCIAL, EN CONCORDANCIA CON LAS RESOLUCIONES NO. 2346 DE 2007 Y 1916 DE 2003 Y DECRETO 1872 DE 2015. TODA INFORMACION DE SALUD GOZARA DE LA CONFIDENCIALIDAD ESTABLECIDA EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE (DECRETO 2370 DE 1991, RESOLUCION 2403 DE 2008 Y LOS QUE LOS SUCEDIEREN Y SALO SERA USADA PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE SALUD Y TRABAJO. DE IGUAL MANERA, DOY MI AUTORIZACION EXPRESA PARA QUE SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS IPS SAS, RECOLECTA Y DE CUALQUIER MANERA TRATE MIS DATOS PERSONALES PARA FINALIDADES DE COMERCIALIZACION EFECTIVA, CALIDAD DE SERVICIO, MANEJO DE DATOS CLINICOS Y OTROS QUE APLIQUEN SEGUN LA NORMATIVIDAD VIGENTE. DECLARO QUE LA INFORMACION QUE SUABISTRO ES VERDICA Y NO OMITIR NINGUN ANTECEDENTE, DE ACUERDO A LO QUE SE ESTABLECE EN EL ARTICULO 21 DEL DECRETO 1285 DE 1994.

SERVICIOS MEDICOS

OLIMBUS

IPS Ltda.

Nit: 800.033.723-0
Sede Cartagena: Bocagrande, calle 5 con Cra 6, Nuevo Hospital de Bocagrande
NUEVO TELEFONO Tal: 6709045 Cel: 3174274223, 3153624291
E-mail: servicioalcliente.ctg@olimpushab.com.coordinadora_nhb@olimpushab.com

VISIONMETRIA

Fecha: 23 Feb 24

Nombre: Sofia Muñoz Aguilar M.F. X

Edad: 37 años Empresa: Parhula

Dirección: San José de los Campesinos Teléfono: 3012096040

Usa lentes correctores SI No Hace cuantos:

Antecedentes personales oftalmológicos: Cirugía: N/A

Traumas: NO

Colores: Normales

Pterigio: NO

Visión Lejana OD: 20/25 OI: 20/25

Visión Cercana OD: 20/25 OI: 20/25

Foria NO

AV: OD: OI: —

Amplimetria: OD: OI: —

Remitirse a Optometria SI: No: —

Observaciones: Visión Normal Sin Lentes

SERVICIOS MEDICOS

OLIMBUS Ltda.

Firmas: J. J. 033.723-0

NIT. 800033723

CALLE 70 N 48 -58 3657880

CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL - No CUENTA: 1006898

EMPRESA: CLIENTE PARTICULAR

TIPO CERTIFICACION

1. PREINGRESO [X]	2. PERIÓDICO PROGRAMADA []	3. RETIRO []	4. CONTROL []	5. POST INCAPACIDAD []
6. REUBICACIÓN []	7. CASO OCUPACIONAL []	8. TRAB. EN ALTURAS []	9. ESPACIOS CONFINADOS []	10. MANIPULACION DE ALIMENTOS []

DATOS DEL PACIENTE

FECHA: 23/02/2024	EMPRESA EN MISION: PARTICULARES 50			
NOMBRE: SOFIA DEL CARMEN MUÑOZ VENERA		DOC. IDENTIDAD: CC 1051885073		
CARGO: AUXILIAR DE ENFERMERIA		EDAD: 37 AÑOS		
ESTADO CIVIL: UNION LIBRE	FECHA DE NACIMIENTO: 1986-09-04	EPS: NUEVA EPS		
DIRECCIÓN: SAN JOSE DE LOS CAMPANOS		TELÉFONO: 3012096840		
PESO: 62 Kg	TALLA: 169 Cm	P.ABDOMINAL: 0 Cm	IMC: 21.71	

Noemi Pinto Niño
Medicina Laboral
Res. 199
45490308

NOEMI PINTO NIÑO
CE 45490308
MEDICO OCUPACIONAL
TP. 45490308
RS. 45490308

Sofia Muñoz

SOFIA DEL CARMEN MUÑOZ VENERA
CC 1051885073
DECLARO QUE TODOS LOS DATOS REGISTRADOS
CORRESPONDEN A LA VERDAD



CAPTURA BIOMETRICA

SALUD OCUPACIONAL MARIA AUXILIADORA

Impresión: EMILY Y. JOHANNA TORRES ARROYO

Fecha de Impresión: 23/02/2024 - 11:18

SOFTWARE: SIS SIS V 2.0. Tel: 457 310 8574735

SERVICIOS MEDICOS

OLIMPUS IPS Ltda.

Nit: 800.033.723-0

Calle Cartagena: Bocagrande, calle 5 con Cra 6, Nuevo Hospital de Bocagrande

NUOVO TELEFONO Tel: 6709045 Cel: 3174274223 .3153624291

Email: serviciocliente.clg@olimpuslab.com coordinadora_nhb@olimpuslab.com

VISIONOMETRIA

Fecha: 23 Feb 24
 Nombre: Sofia Munoz Uribe Sexo: M. F: X
 Ocup: Aux de enfermeria Edad: 37 años Empresa: Particular
 Dirección: San Jose de los Campanos Teléfono: 3012096840
 Usa lentes correctores SI No Hace cuantos: NO
 Antecedentes personales oftalmológicos: Cirugía: NO Traumas: NO
 Oculares: Normales Perigo: NO
 Visión Lejana OD: 20/25 OI: 20/25 AD: 20/25
 Visión Cercana OD: 20/25 OI: 20/25 AD: 20/25
 Foria: NO
 Aci: — OI: — OI: —
 Amipmetria: —
 Remite a Optometria SI: — No: —
 Observaciones: Visión Normal Sin lentes

SERVICIOS MEDICOS

Olimpus IPS Ltda.

Nit: 800.033.723-0

SERVICIOS MEDICOS CLINICOS IPS

NIT. 805533723

CALLE 70 N 45-50 3857280

CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL - No CUENTA: 1055898

EMPRESA: CLIENTE PARTICULAR

TIPO CERTIFICACION				
1. PREINGRESO [X]	2. PERIÓDICO PROGRAMADA []	3. RETIRO []	4. CONTROL []	5. POST INCAPACIDAD []
6. REVALIDACION []	7. CASO OCUPACIONAL []	8. TRAIL EN ALTURAS []	9. ESPACIOS CONFINADOS []	10. MANIPULACION DE ALIMENTOS []

DATOS DEL PACIENTE	
FECHA PRESTADOS	EMPRESA EN MISIÓN: PARTICULARES SO
NOMBRE: SORIA DEL CARMEN MUÑOZ VENERA	DOC. IDENTIDAD: CC 1051885073
CARGO: AUXILIAR DE ENFERMERIA	EDAD: 37 AÑOS
ESTADO CIVIL: UNION LIBRE	FECHA DE NACIMIENTO: 1506-09-01
CONSEJO: SAN JOSE DE LOS CAMPANOS	EPS: NUEVA EPS
TELÉFONO: 3012096540	
PESO: 50 Kg	TALLA: 160 Cm
P. ABDOMINAL: 0 Cm	IMC: 21.71



Noemi Pinto Niño
Medicina Ocupacional
R.C. 1111
11-21-2024

NOEMI PINTO NIÑO
CE 45490308
MEDICO OCUPACIONAL
TP. 45490308
RS. 45490308

Sofia Plinoz

SORIA DEL CARMEN MUÑOZ VENERA
CC 1051885073
DECLARO QUE TODOS LOS DATOS REGISTRADOS
CORRESPONDEN A LA VERDAD



CAPTURA BIOMETRICA

SALUD OCUPACIONAL MARIA AUXILIADORA

Impresión: FIRM Y JOHANNA TORRES ARROYO

Fecha de Emisión: 22/07/2024 - 11:18

SOFTWARE: SUR SUR v 2.0. Tel: 497 318 077 6735

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario

14453762131



(415)7707212489984(8020) 000001445376213 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 5 1 8 8 5 0 7 3

8. DV

1

12. Dirección seccional
Impuestos de Cartagena

14. Buzón electrónico

6

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 0 5 1 8 8 5 0 7 3

27. Fecha expedición

2 0 0 5 0 1 2 5

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Bolívar

1 3

30. Ciudad/Municipio

Santa Catalina

6 7 3

31. Primer apellido

MUÑOZ

32. Segundo apellido

VENERA

33. Primer nombre

SOFIA

34. Otros nombres

DEL CARMEN

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bolívar

1 3

40. Ciudad/Municipio

Santa Catalina

6 7 3

41. Dirección principal

BRR 9 DE FEBRERO

42. Correo electrónico

sofiemunozvenera@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono

3 0 1 2 0 9 6 8 4 0

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad principal

46. Código

8 6 9 2

47. Fecha inicio actividad

2 0 0 8 0 3 3 1

Actividad económica

Actividad secundaria

48. Código

8 6 9 9

49. Fecha inicio actividad

2 0 0 8 0 3 3 1

Otras actividades

50. Código

1 2

Ocupación

51. Código

5 1 3 2

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

2 0

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

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

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

2018 - 02 - 07

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso. Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre MUÑOZ VENERA SOFIA DEL CARMEN

985. Cargo CONTRIBUYENTE



Banco Agrario de Colombia

El Banco que hace crecer el campo

Nit : 800.037.800-8

CERTIFICACION

El Banco Agrario de Colombia, certifica que: MUÑOZ VENERA SOFIA DEL CARMEN, identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA No. 1051885073, se encuentra vinculado(a) con nuestra entidad en el producto de: AHO - CUENTAS AHORROS, número 4-126-72-03746-4, con una antigüedad de CINCO (5) año(s).

Se expide en CARTAGENA DE INDIAS, a los veinte y siete (27) días del mes de mayo de 2026, con destino a: QUIEN LE INTERESE



INFORMACION PUBLICA RESERVADA



**ARMADA
DE COLOMBIA**
Protegemos el azul de la bandera

**2026 AZUL QUE INSPIRA
N FUEZA QUE PROTEGE**

SEÑAL

No. 6-162/MDN-COGFM-COARC-SECAR-JEMPE-JEDHU-DISAN-RENOR-HONAC-DIVOS-SESEG-29.25

DE	SESEG	PRECEDENCIA (R)
ACCIÓN	SETH	
INFO	SUPERVISION DE CONTRATO	

BT. - CON TODA ATENCIÓN ME PERMITO ENVIAR REPORTE X ESP SOFIA DEL CARMEN MUÑOZ VENERA X IDENTIFICADO CON CC N° 1.051.885.073 X ESTUDIO DE SEGURIDAD REALIZADO POR LA EMPRESA BLUE STAR X FECHA 02/JUN/2026 X SIN HALLAZGO X ESTUDIO VIGENTE X OBLIGATORIA ACTUALIZACIÓN ACUERDO DIRECTIVA PERMANENTE N°2052/MDN-COGFM-COAR-SECAR-JEMOP-JINAV-CCOIN-DEPOCI-DIVISEN-23.1 DEL 30. AGO/2023 X TRATA LINEAMIENTOS GENERALES Y PARTICULARES PARA EL DESARROLLO ACTIVIDADES DE SEGURIDAD DE PERSONAL EN LA ARMADA NACIONALX BT. - 090830R

AUTORIZACIÓN	ELABORA	MES-AÑO	G.F.H
SVIF NEGRETTE GUERRERO JEIDER JAVIER	USESEG	JUN-2026	090830R
MEDIO DE TRANSMISION UTILIZADO	DESTELLOS	SEMAFORA	IZADAS
		MENSAJERO	DTS

Protegemos el Azul de la Bandera
Línea Anticorrupción Armada Nacional 01 8000 11 69 69 - 24 horas
Av. San Martín, Carrera 2 N° 14-210 Bocagrande, Cartagena-Colombia
www.armada.mil.co - seguridad.honac@armada.mil.co



Jefe de Seguridad HONAC



INFORMACION PUBLICA RESERVADA