FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

Hospital Vito

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES |
|---|---|---|
| Ortiz | Bermudez | Edson Eddy |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | GENERO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1110537835 | F ○ M ⊗ NB ○ | COL. ⊗ EXTRANJERO ○ | COLOMBIA |

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ⊗ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO 1110537835 D.M. 02

| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO | | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA | DIA 20 MES 07 AÑO 1993 | CALLE 78A 4 -121 Jardin | | | |
| PAÍS | COLOMBIA | PAÍS | COLOMBIA | DEPTO | TOLIMA |
| DEPTO | TOLIMA | MUNICIPIO | IBAGUÉ | | |
| MUNICIPIO | VALLE DE SAN JUAN | TELÉFONO | 3107893822 | EMAIL | edsoneddyortizbermudez@gmail. |

## 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 | BASICA SECUNDARIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° | MES | 11 | AÑO | 2012 |
| | | | | | | | | | | X | | | | |

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

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

**TC** (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).

## 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

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

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

## 5 EXPERIENCIA LABORAL

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA - VALLE DE SAN JUAN | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>TOLIMA | *MUNICIPIO*<br>VALLE DE SAN JUAN | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3212303846 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 21 | *Mes* | 05 | *Año* | 2026 | *Día* | 31 | *Mes* | 08 | *Año* | 2026 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONDUCTOR AMBULANCIA | *DEPENDENCIA*<br>CONDUCTOR DE AMBULAMCIA | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 4 4 5 Barrio centro | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA - VALLE DE SAN JUAN | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>TOLIMA | *MUNICIPIO*<br>VALLE DE SAN JUAN | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3212303846 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 16 | *Mes* | 06 | *Año* | 2023 | *Día* | 30 | *Mes* | 06 | *Año* | 2023 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONDUCTOR AMBULANCIA | *DEPENDENCIA*<br>CONDUCTOR DE AMBULAMCIA | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 4 4 5 | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

## Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA - VALLE DE SAN JUAN | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>TOLIMA | *MUNICIPIO*<br>VALLE DE SAN JUAN | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3212303846 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 19 | *Mes* | 05 | *Año* 2023 | *Día* | 15 | *Mes* | 06 | *Año* | 2023 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONDUCTOR AMBULANCIA | *DEPENDENCIA*<br>CONDUCTORES DE AMBULANCIA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 4 4 5 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>Cargando... | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>TOLIMA | *MUNICIPIO*<br>IBAGUÉ | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3165221475 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 30 | *Mes* | 11 | *Año* 2022 | *Día* | 19 | *Mes* | 05 | *Año* | 2023 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONDUCTOR AMBULANCIA | *DEPENDENCIA*<br>CONDUCTOR DE AMBULAMCIA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 4B 33 8 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>Cargando... | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>TOLIMA | *MUNICIPIO*<br>IBAGUÉ | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 30 | *Mes* | 11 | *Año* 2022 | *Día* | 19 | *Mes* | 05 | *Año* | 2023 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONDUCTOR AMBULANCIA | *DEPENDENCIA*<br>CONDUCTOR DE AMBULAMCIA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 4B 33 8 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>-PROMOVER SAS | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>TOLIMA | *MUNICIPIO*<br>IBAGUÉ | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3165221403 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 30 | *Mes* | 11 | *Año* 2022 | *Día* | 19 | *Mes* | 05 | *Año* | 2023 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONDUCTOR AMBILANCIA | *DEPENDENCIA*<br>CONDUCTOR DE AMBULAMCIA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 4B 33 8 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA - VALLE DE SAN JUAN | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>TOLIMA | *MUNICIPIO*<br>VALLE DE SAN JUAN | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3212303846 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 14 | *Mes* | 03 | *Año* 2022 | *Día* | 04 | *Mes* | 04 | *Año* | 2022 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONDUCTOR AMBULACIA | *DEPENDENCIA*<br>CONDUCTOR DE AMBULAMCIA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 4 4 5 | | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 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 | 0 | 5 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 0 | 5 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 0 | 0 |
| EXPERIENCIA DOCENTE | 0 | 0 |

## 8 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 INCOPATIBILIDAD 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* VALLE DE SAN JUAN, AGOSTO 2026

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

**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.

Valle de San Juan 19 01 2016

*Ciudad y fecha*

Yennyffer Maryuri Cerquera Lugo

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

| | | |
|---|---|---|
| | HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIÉRREZ PEDRAZA<br>E.S.E DE VALLE DE SAN JUAN- TOLIMA<br>NIT. 809.000.383-0 | Página 1 de 1<br>CERTIFICACIÓN PRESTACIÓN DE SERVICIOS |

**LA PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIÉRREZ PEDRAZA E.S.E DEL MUNICIPIO DE VALLE DE SAN JUAN TOLIMA**

**CERTIFICA**

Que una vez revisados los archivos de contratación que reposan en esta dependencia, se pudo constatar que el Hospital suscribió el siguiente contrato:

| | |
|---|---|
| **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** | **N°** 085-2026 |
| **FECHA INICIO** | 21 de Mayo de 2026 |
| **FECHA TERMINACION** | 31 de Agosto de 2026 |
| **CONTRATISTA** | EDSON EDDY ORTIZ BERMUDEZ |
| **IDENTIFICACIÓN** | 1.110.537.835 |
| **CONTRATANTE** | Hospital Local Vito Fasael Gutiérrez Pedraza E.S.E. |
| **OBJETO** | PRESTACION DE SERVICIO COMO CONDUCTOR EL HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIÉRREZ PEDRAZA E.S.E. DEL MUNICIPIO DE VALLE DE SAN JUAN TOLIMA. |
| **PLAZO DE EJECUCIÓN** | 103 días |
| **VALOR CONTRATO** | $8.416.666 |

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, dada en Valle de San Juan el 01 de Septiembre de 2026.

**YENNIFFER MARYURI CERQUERA LUGO**
Profesional Universitario

# HOJA DE VIDA
## Edson Eddy Ortiz Bermúdez

HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA E.S.E.
MUNICIPIO DE VALLE DE SAN JUAN TOLIMA
NIT: 809.000.383-0

**LA GERENTE DE LA ESE HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA**

**CERTIFICA**

**Que EDSON EDDY ORTIZ BERMUDEZ** Identificada con cedula N. 1.110.537.835 de Ibagué Tolima, prestó sus servicios bajo la siguiente modalidad.

| **ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 023 DE 2023** | | |
|---|---|---|
| **TIPO DE ACTO CONTRACTUAL** | **ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS** | **FECHA: 16/06/2023** |
| **INFORMACION BÁSICA DEL CONTRATISTA** | | |
| **NOMBRE** | **EDSON EDDY ORTIZ BERMUDEZ** | |
| **C.C.** | 1.110.537.835 de Ibagué (Tolima ) | |
| **INFORMACION TRIBUTARIA** | | |
| **NIT:** 11105378359 | **PERSONA NATURAL** | **REGIMEN TRIBUTARIO** SIMPLIFICADO |
| **DEPENDENCIA QUE ORDENA EL GASTO:** | | HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA E.S.E. |
| **VALOR** | **QUINIENTOS NOVENTA Y UN MIL TRESCIENTOS VEINTI CUATRO PESOS. ($591.324,00)** | |
| **PLAZO** | 14 dias | |
| **OBJETO** | **PRESTACION DE SERVICIOS COMO CONDUCTOR DE AMBULANCIA CUBRIENO INCAPACIDAD DE NICOLAI OSORIO EN EL HOSPITAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA** | |

Se expide a los veinte y cuatro dias del mes de Julio de 2023.

**DELLY LUCIA CABEZAS GUTIERREZ**
**Gerente**

# HOJA DE VIDA
## Edson Eddy Ortiz Bermúdez

*HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA E.S.E.*
*MUNICIPIO DE VALLE DE SAN JUAN TOLIMA*
*NIT: 809.000.383-0*

**LA GERENTE DE LA ESE HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA**

**CERTIFICA**

**Que EDSON EDDY ORTIZ BERMUDEZ** Identificada con cedula N. 1.110.537.835 de Ibagué Tolima, prestó sus servicios bajo la siguiente modalidad.

| **ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 012 DE 2023** | | |
|---|---|---|
| **TIPO DE ACTO CONTRACTUAL** | **ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS** | **FECHA:** **19/05/2023** |
| **INFORMACION BÁSICA DEL CONTRATISTA** | | |
| **NOMBRE** | **EDSON EDDY ORTIZ BERMUDEZ** | |
| **C.C.** | 1.110.537.835 de Ibagué (Tolima ) | |
| **INFORMACION TRIBUTARIA** | | |
| **NIT:** 11105378359 | **PERSONA NATURAL** | **REGIMEN TRIBUTARIO** SIMPLIFICADO |
| **DEPENDENCIA QUE ORDENA EL GASTO:** | HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA E.S.E. | |
| **VALOR** | **UN MILLON OCHENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS MCTE ($1.082.648,00)** | |
| **PLAZO** | 28 dias | |
| **OBJETO** | **PRESTACION DE SERVICIOS COMO CONDUCTOR DE AMBULANCIA CUBRIENO INCAPACIDAD DE NICOLAI OSORIO EN EL HOSPITAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA** | |

Se expide a los veinte y cuatro dias del mes de Julio de 2023.

**DELLY LUCIA CABEZAS GUTIERREZ**
**Gerente**

**HOJA DE VIDA**
**Edson Eddy Ortiz Bermúdez**

PROMOVER S.A.S.
Promoción y Prevención
¡su mejor Inversión!

*K0523-152*

## LA SUSCRITA DIRECTORA DE TALENTO HUMANO DE PROMOVER SAS 809.002.913-3

### HACE CONSTAR

Que el señor **EDSON EDDY ORTIZ BERMUDEZ** identificado con cédula de ciudadanía número 1110537835 laboró para esta empresa desde el 30 (treinta) de noviembre de 2022 hasta el 19 (diecinueve) de mayo de 2023, desempeñando el cargo de CONDUCTOR, vinculado por medio de un contrato laboral a término fijo inferior a un año.

**Motivo de desvinculación**: Terminación de contrato.

Se expide esta certificación a solicitud de la interesada en la ciudad de Ibagué a los veintinueve (29) días del mes de mayo de 2023.

Para verificación de datos del presente documento comunicarse con la Dirección de Talento Humano al teléfono (8) 2739402 ext. 114, 317 4355833 en la ciudad de Ibagué. En el horario de 8:00 AM a 12:00 M y de 2:00 PM a 6:00 PM de Lunes a Viernes.

**KENLY JOHANNA GONZALEZ**
**Directora de Talento Humano**

**HOJA DE VIDA**
*Edson Eddy Ortiz Bermúdez*

AFESALUD S.A.S Nit 901.365.345-0

# HACE CONSTAR

Que el señor **EDSON EDDY ORTIZ BERMUDEZ** identificado con cedula de ciudadanía número 1110537835 laboro para esta empresa desde el 20 (veinte) de mayo 2022 hasta 2 (dos) de noviembre de 2022 desempañando el cargo de CONDUCTOR, vinculado por contrato laboral a término fijo inferior a un año.

**Motivo de desvinculación:** Terminación de contrato

Se expide el presente documento, de acuerdo a la ley para los fines que el interesado crea conveniente.

Se expide esta certificación a solicitud del interesado en la ciudad de Ibagué los 15 (quince) días del mes de noviembre del 2022.

**YURY FERNANDA CALDERON LOZADA**
**CC. DE IBAGUE - TOLIMA**
**REPRESENTANTE LEGAL**

Calle 26 N° 1ª-25 Barrio san pedro alejandrino
Telefono fijo: 515 celular: 3203326506 3203529720

**HOJA DE VIDA**

**Edson Eddy Ortiz Bermúdez**

HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA E.S.E
NIT: 809.000.383-0

**LA SUSCRITA GERENTE DE LA ESE HOSPITAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA**

**CERTIFICA QUE**

Revisados los archivos del Hospital se encontró que el señor **EDSON EDDY ORTIZ BERMUDEZ** Identificado con cedula de ciudadanía Numero 1.110.537.835 de Ibagué presto sus servicios como conductor de Ambulancia en el Hospital Vito Fasael Gutiérrez Pedraza para el traslado de Usuarios, desde el 14 de marzo de 2022 al 04 de abril de 2022.

Se expide a solicitud del interesado a los 05 días del mes de Mayo de 2022.

**DELLY LUCIA CABEZAS GUTIERREZ**
**Gerente**

**HOJA DE VIDA**

# Edson Eddy Ortiz Bermúdez



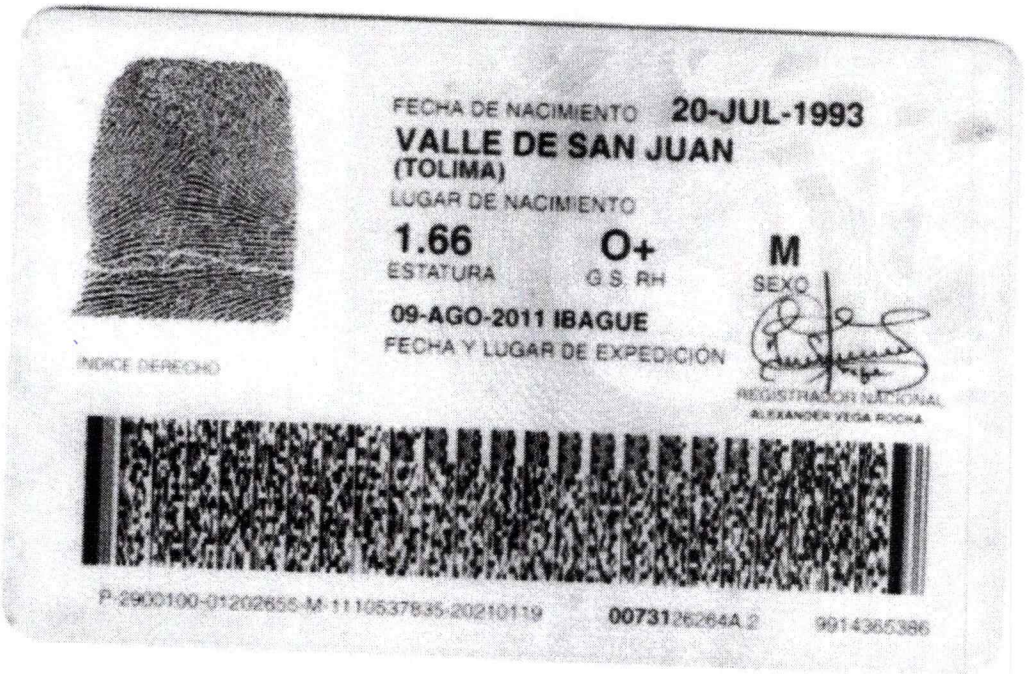
REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.110.537.835
ORTIZ BERMUDEZ

APELLIDOS
EDSON EDDY

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-JUL-1993
VALLE DE SAN JUAN
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

09-AGO-2011 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-2900100-01202655-M-1110537835-20210119 00731 26264A 2 9914365386

SIS 153 (R80)

SISTEMA NAL. DE SALUD
SUBSISTEMA DE INFORMACION

# REGISTRO INDIVIDUAL DE VACUNACION

INSTITUCION U ORGANISMO Hosp. Nal Edwin Meras

NOMBRE DEL VACUNADO E.D.S.O.N. E.D.Y. ORTIZ B.

FECHA DEL NACIMIENTO DIA: 20 MES: 04 AÑO: 93

MUNICIPIO IBAGUE

| TIPO DE BIOLOGICO | 1a. o Unica Dosis | 2a. Dosis | | 3a. Dosis | | DOSIS ADICIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | FECHA | FECHA | | FECHA | | FECHA |
| | VACUNA | CITA | VACUNA | CITA | VACUNA | |
| ANTIPOLIO | 21-08-93 | | 4-01-94 | | 04-11-93 | 23-12-93 |
| D. P. T. | | M. | 4-01-94 | | 04-11-93 | |
| HEPATITIS B | 10-04-93 | | -23-12-93 | | | |
| T. T. | | | | | | |
| ANTISARAMPION | 15-04-93 - 13-OCT-94 | | | | | |
| B.C.G. | 21-07-94 | | | | | |
| FIEBRE AMARILLA | | | | | | |
| OTROS | | | | | | |

Patricia Correa

NOMBRE VACUNADOR FIRMA

Este carné es valido 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.

MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

## Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Edson Edy

Apellidos: Ortiz Bermudez

Documento de identidad: C.C. X C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.

Número de documento: 1 1 1 0 5 3 7 8 3 5

Fecha de nacimiento: Día 2 0 Mes 0 7 Año 1 9 9 3

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión - Rubéola | Unica | | | |
| Fiebre Amarilla | Unica | 16-04-25 | 93K0632 | Michell López A. Aux. Enfermería |
| Toxoide Tetánico - Diftérico (Td) | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| TdaP acelular | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| Hepatitis B | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote* | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| VPH | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| Influenza estacional | Anual | | | |
| | Anual | | | |
| Covid 19 | 1ª | | | |
| | 2ª | | | |
| | Ter.Ref. | | | |
| | 2do Ref. | | | |
| Otras | | | | |
| | | | | |
| | | | | |




CARNE

Edson

Cote

C.C. X T.I. Pasaporte No. 1003537[illegible]

Día 20 Mes 09 Año 1[illegible]

Vacunarse GRATIS

VIRREY SOLIS IPS

| BIOLÓGICO | DOSIS | LOTE | FECHA APLICACIÓN | EDAD | OBSERVACIONES | PRÓXIMA CITA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ANTIAMARILICA FIEBRE AMARILLA | 1 | | | | | |
| INFLUENZA ESTACIONAL TETRAVALENTE | 1<br>2<br>3<br>4<br>5 | | | | Anal estuvo vacunado el | |
| HEPATITIS A | 1<br>2<br>3<br>R | | | | | |

SaludTotal

IBAGUE, Septiembre 1 de 2026

Señor:

ORTIZ BERMUDEZ EDSON EDDY

CC. 1110537835CL 78A 4 121 JARDIN - 2999999

Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Junio 4 de 2025. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

| Nombre | Documento | Tipo | Afiliación | Sem_cot | Sem_Ant | Parentesco | Estado_Afiliación | Fecha_de_desafiliación_EPS | Estado_Actual | Discapacidad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ORTIZ BERMUDEZ EDSON EDDY | 1110537835 | C | Jun-4-2025 | 21 | 26 | COTIZANTE | VIGENTE | | | Ninguna |

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

| Razón_social_del_aportante | Usuario_en_contrato | Tipo_de_contrato | Estado_de_contrato |
|---|---|---|---|
| EDSON EDDY ORTIZ BERMUDEZ | 1110537835 | Independiente | CERRADO |
| EDSON EDDY ORTIZ BERMUDEZ | 1110537835 | Independientes con contrato de prestación de servi | VIGENTE |
| TEMPORALES DHO S A S | 1110537835 | Dependiente | CERRADO |

**CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO**

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerencia de Operaciones Comercial
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

# Protección

Una empresa sura

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.229.739**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **ORTIZ BERMUDEZ EDSON EDDY** identificado(a) con **CC** número **1.110.537.835** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 25 de junio de 2014 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 31 de agosto de 2026.

Cordialmente,

**Cesar Mauricio Aubad Echeverry**
**Equipo Soporte para Clientes**

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

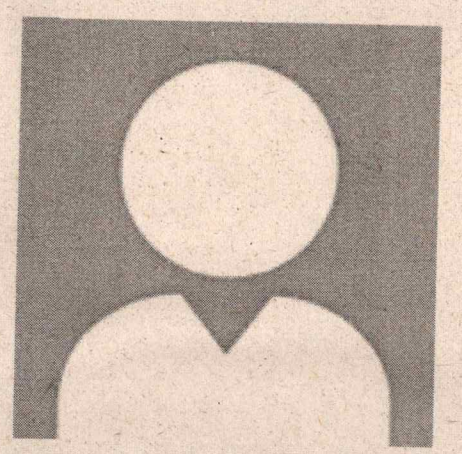
*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 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**

as: higiene | Iniciar sesión | Campus Virtual | Obtener menú funcionalidades

udadano.miseguridadsocial.gov.co/Seguridad/Autorizacion/ObtenerMenuFuncionalidades

Correo: Yeraldin Nu... (2) Equipos y canale... ESAP Netflix IG

# envenido al menú principal



**DSON EDDY ORTIZ BERMUDEZ**

**ol seleccionado:** Persona Natural

**i Entidad Promotora de Salud:**
ALUD TOTAL EPS-S SA
égimen contributivo - cotizante

ACTUALIZAR MI INFORMACIÓN DE CONTACTO

MI BUZÓN DE NOVEDADES

## Lea atentamente las instrucciones

- Para visualizar sus opciones, escriba en "¿Qué está buscando?" el nombre de la novedad, registro o consulta que desea realizar. Si desconoce el título de lo que busca, también podrá digitar una palabra clave.
- Una vez aparezca el resultado de la búsqueda, tendrá a su disposición un video tutorial en la opción "Ver tutorial" o el manual de usuario en "Leer manual", estas ayudas le facilitarán tanto las consultas como los reportes de información que vaya a realizar en el sistema. Inicie el proceso en la opción "Comenzar"

**¿Qué está buscando?**

¿Qué está buscando?

Valle de San Juan, 26 de agosto de 2026

Doctora
DELLY LUCIA CABEZAS GUTIERREZ
Gerente
Hospital Local Vito Fasel Gutierrez Pedraza

Presento a consideración, la siguiente propuesta de trabajo, cuyo objeto es:
PRESTACION DE SERVICIO COMO CONDUCTOR DE AMBULANCIA DEL HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIÉRREZ PEDRAZA.

Realizando las siguientes funciones:
1Conductor de Ambulancia
2 conductor Camioneta Administrativa
3. Recoger Medicamentos
4. Transporte de muestras de Laboratorio
5. las demás labores que sean asignadas

Atentamente,

EDSON EDDY ORTIZ BERMUDEZ
C.C 1.110.537.835

Datos de la Entidad Estatal/Proveedor
Áreas de interés
Configuración Entidad Estatal / Proveedor
Administración de usuarios
Recomendaciones (no disponible)
Biblioteca de documentos
Suscripción a notificaciones

Editar datos resumen | Editar datos completos

## Información general

| | |
|---|---|
| **Logo de la entidad** |  |
| **Nombre de la entidad** | edson ortiz |
| **Nombre abreviado** | edson ortiz |
| **Fecha de creación** | 9/05/2024 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* |
| **País de origen** | COLOMBIA |
| **Tipo de documento** | Cédula de Ciudadanía |
| **Número de documento** | 1110537835 |
| **Tipo Entidad Estatal / Proveedor** | Persona Natural colombiana |
| **Código UNSPSC** | |
| **Zona horaria** | |
| **Idioma** | |
| **Moneda por defecto** | |
| **País** | COLOMBIA |
| **Ciudad** | Tolima |
| **Municipio** | Ibagué |

## Información de contacto

| | |
|---|---|
| **Dirección** | cll 78A #4-121 |
| **Código postal** | |
| **Teléfono de oficina** | 3107893822 |
| **Fax de oficina** | |
| **Correo electrónico de la oficina** | edsoneddyortizbermudez@gmail.com |
| **Correo electrónico para notificaciones SECOP II** | edsoneddyortizbermudez@gmail.com |

| Dirección | Estado | País | Teléfono |
|---|---|---|---|

*No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados*

## Página web

| | |
|---|---|
| **Página web** | |
| **Facebook** | |
| **URL linkedin** | |
| **URL de youtube** | |
| **Twitter URL** | |

## Contacto principal

| | |
|---|---|
| **Título** | |
| **Nombre** | EDSON EDDY ORTIZ BERMUDEZ |
| **Cargo** | |

El servicio público es de todos | 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)**

| Nombres y apellidos completos | | | |
|---|---|---|---|
| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
| EDSON | EDDY | ORTIZ | BERMUDEZ |

**Documento de identificación**

C.C. [X] C.E. [ ] T.I [ ] NIT. [ ] Número 1.110.537.835

**Lugar de Nacimiento**

País COLOMBIA Departamento TOLIMA Municipio VALLE DE SAN JUAN

**Lugar de domicilio**

País COLOMBIA Departamento TOLIMA Municipio IBAGUE

**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 LOCAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA

**Cargo o función que cumple**

CONDUCTOR

**Lugar de sede**

País COLOMBIA Departamento TOLIMA Municipio VALLE DE SAN JUAN

Dirección CALLE 4 N°4-05 B/CENTRO

**Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019**

## 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LO CONSAGRADO EN LA LEY 2013 DE 2019, QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:

### 1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| Salarios y demás ingresos laborales | - |
| Cesantías e intereses de cesantías | |
| Gastos de representación | |
| Arriendos | |
| Honorarios | |
| Otros ingresos y rentas | |
| TOTAL | - |

**b) Las cuentas bancarias que poseo en Colombia y en el exterior son:**

| TIPO DE CUENTA | SEDE DE LA CUENTA (PAÍS) | SALDO DE LA CUENTA A DICIEMBRE 31 DEL AÑO ANTERIOR |
|---|---|---|
| AHORROS | COLOMBIA | $ 10.000 |
| | | |
| | | |
| | | |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | PAÍS DE UBICACIÓN | DEPARTAMENTO DE UBICACIÓN | MUNICIPIO DE UBICACIÓN | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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

| CONCEPTO | SALDO |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

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

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas y Consejos Directivos:

| ENTIDAD O INSTITUCIÓN | CALIDAD DE MIEMBRO | PAÍS |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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

| CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN | CALIDAD DE SOCIO | PAÍS |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

## 1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

a) 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 |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

## 2. CONFLICTOS DE INTERÉS

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN LA REGISTRO EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN LA LEY 2013 DE 2019, Y CONFORME A LO SEÑALADO EN EL ARTÍCULO 40 DE LA LEY 734 DE 2002 Y 11 DE LA LEY 1437 DE 2011. PARA EL CASO DE LOS CONGRESISTAS, TAMBIEN SE DA CUMPLIMIENTO A LA LEY 2003 DE 2019.

## 2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE Y/O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

**INFORMACIÓN DEL CONYUGE Y/O COMPAÑERO(A) PERMANENTE**

En la actualidad tengo sociedad conyugal o de hecho vigente SI [X] NO [ ]

| NOMBRE COMPLETO (nombres y apellidos) | TIPO DE SOCIEDAD | DOCUMENTO DE IDENTIDAD |
|---|---|---|
| Yeraldine Núñez Varón | DE HECHO | 1.016.073.034 |

## 2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES DE CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y PRIMERO CIVIL

A continuación, se registra información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil, solo cuando sea susceptible de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeña

De conformidad con el literal d) del artículo 2° de la ley 2003 de 2019, los congresistas deberán relacionar la información de los parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, primero de afinidad y primero civil.

**PARIENTES HASTA EL CUARTO GRADO DE CONSANGUINIDAD, SEGUNDO GRADO DE AFINIDAD Y PRIMERO CIVIL**

| PARENTESCO | NOMBRE COMPLETO (nombres y apellidos) | | | | DOCUMENTO DE IDENTIDAD |
|---|---|---|---|---|---|
| | Primer nombre | Segundo Nombre | Primer apellido | Segundo apellido | |
| Padre | José | Visael | Ortiz | Céspedes | 93.360.434 |
| Madre | Ilma | Rocío | Bermudez | | 28.968.132 |
| Hermano(a) | Erin | Alix | Ortiz | Bermudez | 1.110.491.294 |
| Hijo(a) | Darah | Leonella | Ortiz | Núñez | 1.107.993.881 |
| | | | | | |

## 2.3 DE PARTICIPACIÓN EN GREMIOS, SINDICATOS, GRUPOS SOCIALES O ECONÓMICOS U ORGANIZACIONES CON ANIMO Y SIN ÁNIMO DE LUCRO

**a) Participación en gremios, sindicatos, grupos sociales o económicos u organizaciones con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera):**

| GREMIO, SINDICATO, GRUPO SOCIAL O ECONÓMICO U ORGANIZACIÓN | CALIDAD DE MIEMBRO | PAÍS |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

## 2.4. OTRAS INVERSIONES

**a) Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:**

| NOMBRE DEL FIDEICOMISO O ENCARGO FIDUCIARIO | CALIDAD | VALOR | PAÍS |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |

**b) Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario en Colombia y en el exterior u otros son:**

| TIPO DE INVERSIÓN | VALOR | PAÍS |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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

**a) Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta en el último año y los nombres de las instituciones a las cuales hice donaciones son:**

| NOMBRE | VALOR DE LA DONACIÓN |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

## 2.6 POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

**a) Escriba otros intereses personales que podrían constituir una posible situación de conflicto de intereses, por ejemplo:**
**- Actividades que desempeño, negocios, establecimientos que poseo etc.**
**- Actividades o negocios de mi cónyuge o compañero(a) permanente y parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil, de acuerdo con lo descrito en los numerales 2.1 y 2.2**
**- Actividades o negocios de mi socio de derecho o hecho**

| DESCRIPCIÓN DEL POTENCIAL CONFLICTO DE INTERESES |
|---|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141250179160

(415)7707212489984(8020) 000014125017916 0

| 5. Número de Identificacion Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 1 1 0 5 3 7 8 3 5 | 9 | 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 | 1110537835 | |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Tolima 7 3 | Ibagué 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| ORTIZ | BERMUDEZ | EDSON | EDDY |

35. Razón social

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

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Tolima 7 3 | Ibagué 0 0 1 |

41. Dirección principal: CL 78 A 4 121 BRR JARDIN

42. Correo electrónico: edsoneddyortizbermudez@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 0 7 8 9 3 8 2 2 | |

## CLASIFICACIÓN

| 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 |
| 8 2 9 9 | 2 0 2 6 0 5 2 1 | | | | | | |

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 4 9

49 - No responsable de IVA

| Usuarios aduaneros | Exportadores |
|---|---|
| 54. Código | 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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1 61. Fecha 2026-05-21 / 09:43:39AM

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: MORALES COLLAZOS SANDRA PATRICIA

985. Cargo: Gestor I

COPIA NO AUTORIZADO
DOCUMENTO SIN COSTO

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 302036988

PIB
17:39:23


Bogotá DC, 28 de agosto 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) EDSON EDDY ORTIZ BERMUDEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1110537835:

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 Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 28 de agosto de 2026, a las 17:35:38, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1110537835 |
| Código de Verificación | 1110537835260828173538 |

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 05:36:17 PM horas del 28/08/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1110537835**

Apellidos y Nombres: **ORTIZ BERMUDEZ EDSON EDDY**

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

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

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

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

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

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

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, 28/08/2026 05:38:57 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1110537835** y Nombre: **EDSON EDDY ORTIZ BERMUDEZ.**

## 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. **146622671** . 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 Busqueda | Imprimir

Libertad y Orden

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

## MINISTERIO DE TRANSPORTE

## LICENCIA DE CONDUCCIÓN

**No. 1110537835**



**NOMBRE**

**EDSON EDDY ORTIZ BERMUDEZ**

**FECHA DE NACIMIENTO**

**20-07-1993**

**SANGRE-RH**

**O+**

**FECHA DE EXPEDICIÓN**

**05-08-2026**

**RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR**

**PÉRDIDA AUDITIVA LEVE PAL**

**ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR**

**STRIA MCPAL TTOyTTE IBAGUE**

Powered by CamScanner

## CATEGORIAS AUTORIZADAS

| CATEGORIA | CLASE DE VEHICULO | VIGENCIA | SERVICIO |
|---|---|---|---|
| A2 | MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE. | 06-03-2029 | PARTICULAR |
| B2 | AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS. | 05-08-2036 | PARTICULAR |
| C2 | AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS. | 05-08-2029 | PUBLICO |



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC1100393452

KDS S.A.S LC-01-2025

Powered by CamScanner

## Categorías de la licencia Nro: 1110537835

| Categoría | Fecha expedición | Fecha vencimiento | Categoría antigua |
|---|---|---|---|
| C2 | 05/08/2026 | 05/08/2029 | |
| B2 | 05/08/2026 | 05/08/2036 | |
| A2 | 25/09/2025 | 06/03/2029 | |

Cerrar

FEDERACIÓN COLOMBIANA DE MUNICIPIOS | simit

# PAZ Y SALVO

**Cédula:** **1110537835**

**Fecha de expedición:** 28/08/2026

Te informamos que actualmente no tienes multas e infracciones pendientes de pago en los Organismos de Tránsito conectados a SIMIT.

Este documento fue expedido el 28 de agosto de 2026 a las 05:39 p. m. **es de carácter gratuito** y es válido durante la fecha de expedición. Además, no aplica como documento para realizar pagos, es solo una consulta del estado de cuenta.

# 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 17:41:33 horas del 28/08/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1110537835,** Apellidos y Nombres **ORTIZ BERMUDEZ EDSON EDDY**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA**, con NIT **809000383-0** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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

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 1110537835 **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 31/08/2026 08:53 AM

Código Verificación: **GB8WE3S1CR**

Válida hasta: **29/11/2026**

---

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

# SALUD GLOBAL

NIT: 1032400530
Dir: Calle 59 # 4a - 43, La Floresta
Cel: 313 240 9431
Email: saludglobalmedicina@gmail.com



N° 3.392

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 06 DÍA | 05 MES | 2026 AÑO | BITUIMA (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO |

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

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| PARTICULARES CONTADO | PARTICULARES |

CIIU (Actividad Económica) del empleador: SIN REGISTRAR

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

| Apellidos y Nombres | Género | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| ORTIZ BERMUDEZ EDSON EDDY | MASCULINO | 32 AÑOS 9 MESES 16 DÍAS | CC (Tipo) | 1110537835 (Número) |

Cargo: CONDUCTOR DE AMBULANCIA

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| SALUD TOTAL | PROTECCIÓN | POSITIVA |

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**SIN DEFECTO FÍSICO QUE NO IMPIDE REALIZAR LABOR ASIGNADA**

Observaciones: *APTO PARA EL CARGO*

N/A — NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

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

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO ✓

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| | PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | HACER DEPORTE |
| | | DIETA BALANCEADA |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

INDUCCIÓN EN EL CARGO, SE DAN RECOMENDACIONES SOBRE REALIZACIÓN DE PAUSAS ACTIVAS, EJERCICIO FÍSICO 3 VECES POR SEMANA, UTILIZAR EPP SEGÚN LA EXPOSICIÓN, HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA, HÁBITOS SALUDABLES, MANEJO ADECUADO DE CARGAS ,DIETA BALANCEADA USO DE PROTECTOR SOLAR, ROPA ADECUADA PARA EL CARGO

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

**Médico**

Firma:

Nombre: CC: 1032400530 - YUDI ANDREA PENAGOS

R. M.: 1032400530 L.S.O.: 001267/2021

Código de Seguridad: Y1646E1K3392

**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: ORTIZ BERMUDEZ EDSON EDDY

CC: 1110537835

# Certificación
## Bancaria

Viernes, 01 de mayo de 2026

Hospital Vito Fasael Gutiérrez

Bancolombia S.A. se permite informar que EDSON EDDY ORTIZ BERMUDEZ identificado(a) con CC 1110537835, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura aaaa-mm-dd | Estado | Saldo |
|---|---|---|---|---|
| CUENTA AHORROS | 15362380917 | 2016-07-11 | Activo | ..... |

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

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO

Bancolombia

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

**HOJA DE VIDA**

*Edson Eddy Ortiz Bermúdez*

República de Colombia

Colegio Técnico

# Carlos J. Huelgos

Ibagué - Tolima

Autorizada por la Secretaría de Educación Municipal, según Resolución No 81-1682 de Noviembre 2 de 2006.

Confiere a:

## Edson Eddy Ortíz Bermudez

C.C. 1110537835 Ibagué (Tol)

El Título de:

## Bachiller Técnico

*Especialidad Gestión Empresarial*

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media, Ciclo VI Decreto 3011, según los planes y programas vigentes.

Acta General de Graduación No. 09, Folio 011 del 01 de Diciembre de 2012.

COLEGIO TECNICO CARLOS J. HUELGOS FORMACION PARA LA EXCELENCIA

*Martha Lucía Leal Donoso*
C.C. 28.682.162 de Chaparral (Tol)
Rectora

*Hilda Reyes de Hernández*
C.C. 38.257.346 de Ibagué (Tol)
Secretaria

**HOJA DE VIDA**

**Edson Eddy Ortiz Bermúdez**

*República de Colombia*

Colegio Técnico

**CARLOS J. HUELGOS**

Barrio Jardín, 3a Etapa, Mz 1 Casa 2 , Tel (8) 2710104 - 2675836

Ibagué - Tolima

Inscripción Secretaría de Educación No 331127

Inscripción DANE: 373001009924

# Acta Individual de Graduación

Autorizada por la Secretaría de Educación Municipal, según Resolución No 81-1682 de Noviembre 2 de 2006, para otorgar el Título y expedir el Diploma correspondiente, y en atención a que:

## *Edson Eddy Ortíz Bermudez*

*C.C. 1110537835 Ibagué (Tol)*

Cursó y aprobó los estudios correspondientes al nivel de Educación Media, Ciclo VI-Decreto 3011 de 1997, y cumplió con todos los requisitos establecidos en el Proyecto Educativo Institucional, le expide el Título de:

## Bachiller Técnico

*Especialidad Gestión Empresarial*

Registrado para efectos legales de conformidad con los Decretos Nacionales No. 180 de enero 29 de 1981 y 921 de mayo 06 de 1994, en el:

Acta General de Graduación No. 09, Folio 011 del 01 de Diciembre de 2012.

Expedido en Ibagué, Tolima, el 01 de Diciembre de 2012.

Según Decreto Nacional No 921 de mayo 6 de 1994, Artículo 2, "La calidad de Bachiller se prueba con copia autenticada del Acta de Graduación ó con el diploma expedido por la correspondiente institución educativa".

*Martha Lucía Leal Donoso*
C.C. 28.682.162 de Chaparral (Tol)
Rectora

*Lilia Reyes de Hernández*
C.C. 38.257.346 de Ibagué (Tol)
Secretaria

Para su validez no se requieren la firma ni el sello de la Secretaría Según Decreto 2150 de Diciembre 5 de 1995

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*

# *Edson Eddy Ortiz Bermúdez*

## *CC 1110537835 de Ibagué -Tolima*

Realizó y aprobó el Curso en Primeros Auxilios básico y avanzado con un total de 60 Horas.

**Verificación:**

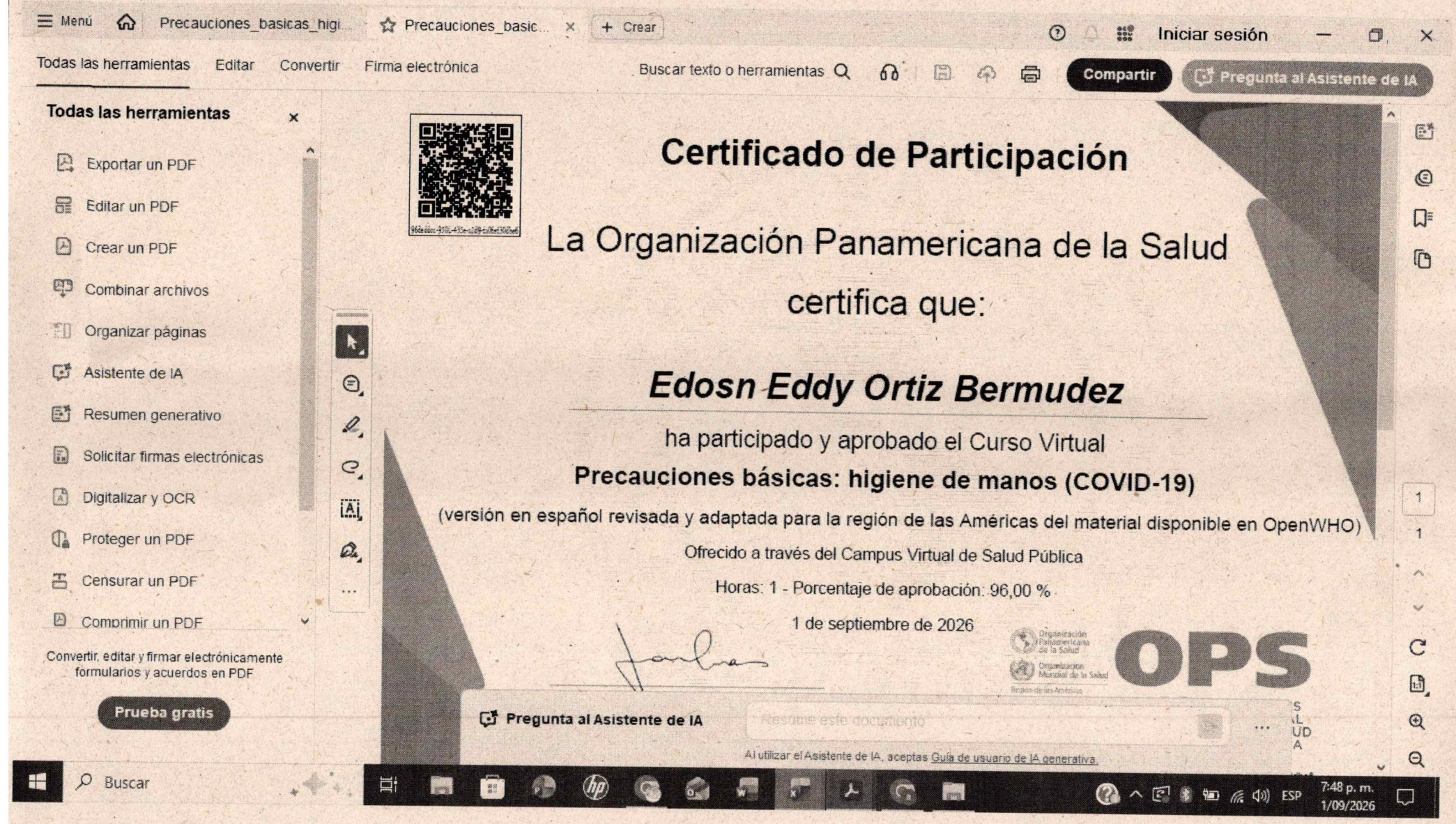
Fecha de emisión: 2025-09-25
Fecha de vencimiento: 2027-09-25

FUNDACION 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


Menú
Precauciones_basicas_higi...
Precauciones_basic...
Crear
Iniciar sesión
Todas las herramientas
Editar
Convertir
Firma electrónica
Buscar texto o herramientas
Compartir
Pregunta al Asistente de IA
Todas las herramientas
Exportar un PDF
Editar un PDF
Crear un PDF
Combinar archivos
Organizar páginas
Asistente de IA
Resumen generativo
Solicitar firmas electrónicas
Digitalizar y OCR
Proteger un PDF
Censurar un PDF
Comprimir un PDF
Convertir, editar y firmar electrónicamente formularios y acuerdos en PDF
Prueba gratis
Certificado de Participación
La Organización Panamericana de la Salud
certifica que:
Edosn Eddy Ortiz Bermudez
ha participado y aprobado el Curso Virtual
Precauciones básicas: higiene de manos (COVID-19)
(versión en español revisada y adaptada para la región de las Américas del material disponible en OpenWHO)
Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública
Horas: 1 - Porcentaje de aprobación: 96,00 %
1 de septiembre de 2026
OPS
Pregunta al Asistente de IA
Resume este documento
Al utilizar el Asistente de IA, aceptas Guía de usuario de IA generativa.
Buscar
ESP
7:48 p. m.
1/09/2026

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*

# *Edson Eddy Ortiz Bermúdez*

## *CC 1110537835 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: 2025-11-19
Fecha de vencimiento: 2027-11-19

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermeria
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

**Cruz Roja Colombiana**
**Seccional Tolima**

# CENTRO DE FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN

HACE CONSTAR QUE:

*Edson Eddy Ortiz Bermúdez*

Identificado (a) con D.I No. 1.110.537.835

Asistió al proceso de formación en:

## CONDUCTOR DE AMBULANCIA Y VEHÍCULOS DE EMERGENCIA - MAVE

Orientado en Ibagué, del 26 al 29 de mayodel 2026 con una intensidad de 60 horas, teórico prácticas.
Esta constancia no constituye título de idoneidad para el ejercicio de las profesiones de la salud.
Válido por 3 años.

**Bibiana Patricia**
**Trujillo Benavides**
Directora de Educación

DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN CRUZ ROJA SECCIONAL TOLIMA

*La autenticidad de este documento puede verificarse mediante solicitud al correo docenciatolima@cruzrojacolombiana.org indicando No. de Acta y Código.*

Acta No. 046-26
Código: TLM-01-038-0019-26