REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.060.593.346**
**CHAURRA RAMIREZ**

APELLIDOS
**ZULEY**

NOMBRES

Zuley Chaurra R.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-JUL-1993**
**SUPIA**
**(CALDAS)**
LUGAR DE NACIMIENTO

| 1.64 | O+ | F |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**23-SEP-2011 SUPIA**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-0912400-00350401-F-1060593346-20111214 0028695076A 1 30664385

CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA
PROPUESTA

Supia Caldas, agosto 26 de 2026

Señores
Hospital San Lorenzo
Supia caldas

REFERENCIA: PROPUESTA SERVICIOS COMO AUXILIAR FINANCIERA

Con la presente me es grato presentar propuesta de servicios como Auxiliar Financiera para ejecutar las labores correspondientes a los servicios ofrecidos para la las actividades del área contable.

Mi experiencia incluye la ejecución actividades relacionadas con el área financiera y administrativa, incluyendo procesos de nómina, seguridad social, manejo y organización de información contable y financiera, elaboración y revisión de documentos, registros contables y demás actividades propias del área.

COMPROMISO.

Como prestador de servicios las actividades asociadas al área me comprometo a mantener la confidencialidad de la información a la que tenga acceso durante la ejecución de las actividades, así como a realizar las labores asignadas con responsabilidad, organización y disposición para contribuir al adecuado funcionamiento de los procesos financieros de la institución.

SERVICIO.

Las horas asignadas serán las necesarias para proporcionar el soporte referente al cumplimiento de los compromisos asignados por las partes, en todo caso, estos compromisos incluyen la validación de lo referente a cumplimiento del objeto del contrato. Lo anterior implica presencia constante a través del ejercicio y la presentación de informes con la periodicidad requerida según las cláusulas contractuales y sujeto a las cargas de trabajo asociadas a la prestación del servicio.

Del Servicio propuesto, se pretende satisfacer los siguientes objetivos fundamentales:

1. Apoyar de manera oportuna y eficiente los procesos financieros, contables y administrativos de la E.S.E. Hospital San Lorenzo.
2. Apoyar la elaboración, revisión y procesamiento de la nómina, así como las actividades relacionadas con la seguridad social y demás obligaciones derivadas de este proceso.
3. Apoyar los procesos de registros contables, revisión y organización de la información financiera de la institución.

COSTO.

El costo de los servicios que se ofertan es a convenir con la institución

Agradezco de antemano su interés en mis servicios.
Atentamente,

Zuley Chaurra Ramírez

**ZULEY CHAURRA RAMÍREZ**
C.C. No. 1.060.593.346
Auxiliar Financiera
Teléfono: 3004101904
Correo electrónico: zulitta-23@hotmail.com

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES |
|---|---|---|
| Chaurra | Ramirez | Zuley |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | GENERO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1060593346 | F ⊗ M ○ NB ○ | COL. ⊗ EXTRANJERO ○ | COLOMBIA |

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M.

**FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO**

FECHA DIA 23 MES 06 AÑO 1993

PAÍS COLOMBIA

DEPTO CALDAS

MUNICIPIO SUPÍA

**DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA**

VEREDA EL BRASIL

PAÍS COLOMBIA DEPTO CALDAS

MUNICIPIO SUPÍA

TELÉFONO 3004101904 EMAIL zulitta-23@hotmail.com

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

***EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA***

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

| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | | | TÍTULO OBTENIDO | BASICA SECUNDARIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° | MES | 12 | AÑO | 2010 |
| | | | | | | | | | | 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).

| MODALIDAD ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO | | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN | | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | | MES | AÑO | |
| PREGRADO | 5 | | X | CONTADURIA PUBLICA | | | |

## 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)

| INSTITUCIÓN | MODALIDAD | No. TOTAL HORAS | GRADUADO | | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS | TERMINACIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | SI | NO | | MES | AÑO |
| CEDENORTE INSTITUCIÓN TÉCNICA | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 600 | X | | Técnico Laboral por Competencias en Gestión Administrativa. | 09 | 2022 |

## 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 VIGENTE | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>SINDICATO DE TRABAJADORES Y SERVIDORES DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO SINTRASERSALUD | | | PÚBLICA | | PRIVADA<br>X | | PAÍS<br>COLOMBIA | | | | | |
| DEPARTAMENTO<br>CALDAS | MUNICIPIO<br>SUPÍA | | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | |
| TELÉFONOS<br>3148908261 | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
| | Día | 01 | Mes | 04 | Año | 2023 | Día | | Mes | | Año | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>AUXILIAR FINANCIERO | DEPENDENCIA<br>ADMINISTRATIVA Y FINANCIEA | | | | | | DIRECCIÓN<br>CALLE 24 22 13 OF 302 SAN FERNANDO | | | | | |

## 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 | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 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 | 0 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 3 | 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 __ 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* 31 Agosto 2026, Supia Caldas

Zuley Chavarro R.

*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.

*Ciudad y fecha*

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

sigepII FUNCIÓN PÚBLICA

# FORMULARIO UNICO
# DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
# PERSONA NATURAL
# (LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

## 1. DECLARACION JURAMENTADA

### 1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, **ZULEY CHAURRA RAMIREZ**

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° **1.060.593.346** CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

| País | **COLOMBIA** | Departamento | **CALDAS** | Municipio | **SUPIA** |
|---|---|---|---|---|---|
| Dirección | **VEREDA EL BRASIL** | | | Teléfonos | **3004101904** |

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|---|---|---|
| GLORIA ALEYDA RAMIREZ GARCIA | 33.991.373 | MADRE |
| ROMARIO CHAURRA RAMIREZ | 1.060.594.521 | HERMANO |
| ANDRES CHAURRA RAMIREZ | 1.002.900.872 | HERMANO |
| RUBEN CAMILO CHAURRA RAMIREZ | 1.060.588.097 | HERMANO |
| LORENA CHAURRA RAMIREZ | 1.060.591.238 | HERMANA |
| | | |
| | | |
| | | |

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESION** **PARA RETIRARME** **PARA ACTUALIZACION** **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** ,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES | 17.082.000 |
| CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS | |
| GASTOS DE REPRESENTACION | - |
| ARRIENDOS | - |
| HONORARIOS | - |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | - |
| **TOTAL** | $ 17.082.000 |

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

| ENTIDAD FINANCIERA | TIPO DE CUENTA | NUMERO DE LA CUENTA | SEDE DE LA CUENTA | SALDO DE LA CUENTA |
|---|---|---|---|---|
| BANCO DAVIVIENDA | AHORROS | 550488456282653 | SUPIA | $ 1.500.000 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACION DEL BIEN | VALOR |
|---|---|---|
| SEMOVIENTES | VEREDA EL BRASIL | $ 4.500.000 |
| LOTE RURAL | VEREDA EL BRASIL | $ 20.000.000 |
| | | |
| | | |

**EMPLEADOR O CONTRATANTE**

## 1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

| ENTIDAD O PERSONA | CONCEPTO | VALOR |
|---|---|---|
| MICROEMPRESAS DE COLOMBIA | LIBRE INVERSION | $ 4.200.000 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

## 1.2. DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

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

| ENTIDAD O INSTITUCION | CALIDAD DE MIEMBRO |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

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

| CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION | CALIDAD DE SOCIO |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

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

| NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. C.E. T.I. | N° |
|---|---|---|
| | | |

## 2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

| DETALLE DE LAS ACTIVIDADES | FORMA DE PARTICIPACION |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

## 3. FIRMA

Julez Chacnez Ramirez
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Supia, Caldas 31 Agosto 2026
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

Función Pública

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

| Tipo de declaración | INGRESO | Fecha de publicación | 2026-08-26 15:47 |
|---|---|---|---|

| Nombres y apellidos completos | | | |
|---|---|---|---|
| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
| ZULEY | | CHAURRA | RAMIREZ |

| Documento de identificación | | | |
|---|---|---|---|
| Tipo | CEDULA DE CIUDADANIA | Número | 1060593346 |

| Lugar de nacimiento | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| País | COLOMBIA | Departamento | CALDAS | Municipio | SUPÍA |

| Lugar de domicilio | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| País | COLOMBIA | Departamento | CALDAS | Municipio | SUPÍA |

| | |
|---|---|
| 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 SAN LORENZO DE SUPIA |

Lugar de sede

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| País | COLOMBIA | Departamento | CALDAS | Municipio | SUPÍA |

| | |
|---|---|
| Dirección | ["Carrera 7 #25-12"] |
| Cargo o función que cumple | CONTRATISTA |

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

## 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto 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

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2025 fueron:

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| Salarios y demás ingresos laborales | $17.082.000,00 |
| Cesantías e intereses de cesantías | |
| Gastos de representación | |
| Arriendos | |
| Honorarios | |
| Otros ingresos y rentas | |
| TOTAL | $17.082.000,00 |

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

| Tipo de cuenta | Sede de la cuenta (País) | Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior |
|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | COLOMBIA | $1.500.000,00 |

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| Tipo de bien | País | Departamento | Municipio | Valor |
|---|---|---|---|---|
| SEMOVIENTES | COLOMBIA | CALDAS | SUPÍA | $4.500.000,00 |
| LOTE RURAL | COLOMBIA | CALDAS | SUPÍA | $20.000.000,00 |

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| Concepto | Saldo |
|---|---|
| LIBRE INVERSION | $4.200.000,00 |

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

| Nombre entidad o institución | Órgano | Calidad de miembro | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

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

| Nombre corporación, sociedad o asociación | Tipo | Calidad de socio | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

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 participación |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

## 2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

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

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [ ] No [X]

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [ ]

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| | | | |

Tipo documento [ ] Número [ ]

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

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

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

| Parentesco | Pariente | Tipo de documento de identidad | Documento de identidad | Descripción del potencial conflicto de interés |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

## 2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

## 2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

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

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

| Tipo de inversión | Valor | País |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

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

## 2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

| |
|---|
| |

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

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, 26/08/2026 04:09:31 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1060593346** y Nombre: **ZULEY CHAURRA RAMIREZ.**

## 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. **146454309** . 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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

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

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 04:10:39 PM horas del 26/08/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1060593346**

Apellidos y Nombres: **CHAURRA RAMIREZ ZULEY**

**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.

DIJIN

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

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO
Todos los derechos reservados.

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 miércoles 26 de agosto de 2026, a las 16:12:11, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1060593346 |
| Código de Verificación | 1060593346260826161211 |

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 301891231

PIB
16:35:52


Bogotá DC, 26 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) ZULEY CHAURRA RAMIREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1060593346:

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.**

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

# CERTIFICADO

**SUPIA, CALDAS,** **16/07/2026**
COLOMBIA,
**A quien interese**

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora ZULEY CHAURRA RAMIREZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **1060593346**

Posee en el banco Davivienda:

**CUENTA DE AHORROS DAMAS**

| | |
|---|---|
| Número | **0550488456282653** |
| Fecha de apertura | **31/10/2025** |

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

## 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 16:19:45 horas del 26/08/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1060593346,** Apellidos y Nombres **CHAURRA RAMIREZ ZULEY**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **E.S.E HOSPITAL SAN LORENZO SUPIA**, con NIT **890801758-0** 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 1060593346 **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 26/08/2026 04:22 PM

Código Verificación: **KHXS5VUQRY**

Válida hasta: **24/11/2026**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

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

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141262022532

(415)7707212489984(8020) 000014126202253 2

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

## IDENTIFICACIÓN

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

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Caldas 1 7 | Supía 7 7 7 |

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

35. Razón social

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

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Caldas 1 7 | Supía 7 7 7 |

41. Dirección principal: VDA EL BRASIL

42. Correo electrónico: zulitta-23@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| 1 7 8 0 2 0 | 3 0 0 4 1 0 1 9 0 4 | 3 1 2 7 1 8 0 5 5 3 |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

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

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

### Usuarios aduaneros

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

### Exportadores

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

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI ☐ NO ☐ 60. No. de Folios: 61. Fecha

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

985. Cargo

EN TRAMITE COSTO
DOCUMENTO SIN

# Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

## VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: c696f23a1-36a8-439d-adae-b53d854946ad

Nombres y apellidos / Full name: **ZULEY CHAURRA RAMIREZ**

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

Número de identificación / ID Number: **1060593346**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **23/07/1993**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3004101904**

Correo electrónico / e-mail: **ZULITTA-23@HOTMAIL.COM**

## Datos de Vacunación / Vaccination detail

| Vacuna / Vaccine | Dosis / Doses | Fecha de aplicación / Date of vaccination | | | Laboratorio / Laboratory | Número de Lote / Vaccine Batch | IPS Vacunadora / Administering Center | Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Dia / Day | Mes / Month | Año / Year | | | | |
| COVID MODERNA | Primera | 28 | 08 | 2021 | MODERNA SWITZERLAND GMBH | 3004960 | SALUD INTEGRAL BIENESTAR UNIVERSITARIO | LADY YOHANA SANCHEZ CASTAÑEDA |
| COVID MODERNA | Segunda | 22 | 11 | 2021 | MODERNA SWITZERLAND GMBH | 017J21A | SALUD INTEGRAL BIENESTAR UNIVERSITARIO | MAIRA ALEJANDRA ORTIZ AVILES |
| Fiebre Amarilla | Única | 09 | 04 | 2025 | Bio-Manguinhos/FIOCRUZ | 23K0651 | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN LORENZO DE SUPIA | MARIA LUCERO CATAÑO SUAREZ - CC25058652 - ACTIVO |
| Sarampión Rubéola | Adicional | 13 | 02 | 2026 | Serum | 0094W003 | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN LORENZO DE SUPIA | MARIA LUCERO CATAÑO SUAREZ - CC25058652 - ACTIVO |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

El Mnisterio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema deInformación **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El camé podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Mnistery of Health and Social Protection certifies that the informatión in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

## RECOMENDACIONES

Las vacunas contra polio, D.P.T. y T.T. requieren tres aplicaciones para garantizar su efectividad.

En algunas oportunidades se presenta un ligero aumento de temperatura (fiebre), como reacción a las vacunas D.P.T. y sarampión. Debe dársele al niño, acetaminofén y utilizar medios físicos como la ventilación para regresarlo a su temperatura normal, pero esto no debe ser motivo para no aplicarle las siguientes dosis.

La reacción normal a la vacuna B.C.G., contra la tuberculósis, es una pequeña pústula o encono, la cual se presenta más o menos a los quince días después de la vacunación. En la zona afectada puede aplicarse agua fría.

No utilice allí ungüentos
o líquidos diferentes al agua.

Hospital San Lorenza
Supía - Caldas

# Dirección Seccional de Salud de Caldas

SIS 153

## Libreta de Vacunación

NOMBRE Yuley Chavarro R.

FECHA DE NACIMIENTO 23 JUL 1993

Conserve esta tarjeta y preséntela cada vez que acuda a los organismos de salud en busca de consulta médica o control de niño sano, al igual que en su próxima cita para vacunación.

EDIT. ZAPATA

| VACUNA | DOSIS | FECHA | | VACUNADO POR |
|---|---|---|---|---|
| B. C. G. (Tuberculosis) | Unica | Vacuna | 21 07 93 | |
| R = 10-10/97 Poliomielitis R = 19-10/91 | R. N. | Vacuna | 24 07 94 | |
| | 1 | Cita | | Luz marina Becerra |
| | | Vacuna | 25 09 93 | Luz Marina Becerra |
| | 2 | Cita | | |
| | | Vacuna | 15 11 93 | Luz Marina Becerra |
| | 3 | Cita | | |
| | | Vacuna | 10 09 94 | |
| | Refuerzo | Vacuna | 22-09/98 | Luz marina Becerra |
| D. P. T. (Difteria Tosferina Tétanos) | 1 | Vacuna | 25 09 94 | Luz Marina Becerra |
| | 2 | Cita | | |
| | | Vacuna | 25 11 94 | Luz Marina Becerra |
| | 3 | Cita | | |
| | | Vacuna | 10 09 94 | |
| | Refuerzo | Vacuna | | |
| Sarampión | 1 | Vacuna | 10 09 94 | |
| | Refuerzo | Vacuna | 13-05 96 | María Idalia |
| Rubeola | Unica | Vacuna | | |
| PAROTIDITIS (Paperas) | Unica | Vacuna | | |
| Triple Viral (Rubeola, Paperas, Sarampión) | Unica | Vacuna | 19-10/96 | Luz marina Becerra |
| T. T. Tétanos | 1 | Vacuna | | |
| | 2 | Cita | | |
| | | Vacuna | | |
| | 3 | Cita | | |
| | | Vacuna | | |
| | Refuerzo | Vacuna | | |
| | Refuerzo | Vacuna | | |
| T. D. (Tétanos Difteria) | 1 | Vacuna | 22-09/98 | Luz marina Becerra |
| | 2 | Cita | | |
| | | Vacuna | | |
| Fiebre Amarilla | 1 | Vacuna | | |
| | Refuerzo | Vacuna | | |
| Hepatitis B | 1 | Vacuna | 24-02/97 | Luz marina Becerra |
| | 2 | Cita | | |
| | | Vacuna | 10-07/97 | Luz marina Becerra |
| | 3 | Cita | | |
| | | Vacuna | 10-10/97 | Luz Marina Becerra |
| | Refuerzo | Vacuna | | |
| | Refuerzo | Vacuna | | |
| Otras | Influenza | Vacuna | 16-05/97 | Luz marina Becerra |
| | | | 10-05-97 | Luz marina Becerra |

Hospital Suria Local

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE RISARALDA
MUNICIPIO DE PEREIRA
CEDENORTE INSTITUCIÓN TÉCNICA
**Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano**

autorizada mediante Resolución No. 1289 del 15 de abril de 2016, modificada por la Resolución No. 6395 del 13 de diciembre de 2016 y modificada por la Resolución No. 3117 del 26 de mayo de 2017; emanadas de la Secretaría de Educación de Pereira, Risaralda, en concordancia con la Ley 115 de 1994, Decreto 1075 de 2015.

En la ciudad de Pereira, el 30 de septiembre de 2022, se reunieron en CEDENORTE Institución Técnica, Michael Andrés Castaño Gutiérrez, Rector, y Víctor Danilo Lopera Ramírez, secretario académico, con el objeto de otorgar el Certificado de Aptitud Ocupacional a:

## CHAURRA RAMIREZ ZULEY

Con C.c. 1.060.593.346 Supia, Caldas

Certificado de:

## TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN GESTIÓN ADMINISTRATIVA.

Al cumplir satisfactoriamente todos los requerimientos del marco legal estipulados en la Ley 115 de 1994 y en su Decreto reglamentario 1075 del 26 de mayo de 2015.

## ACTA INDIVIDUAL DE REGISTRO No. 040

**PROGRAMA:** Técnico Laboral Por Competencias en Gestión Administrativa.
**RESOLUCIÓN:** 3117 del 26 de mayo del 2017 y renovada mediante resolución 2238 del 14 de mayo del 2021.
**DURACIÓN:** 1200 horas.

Entregada en Pereira el 30 de septiembre de 2022, en ceremonia efectuada en CEDENORTE Institución Técnica. Anotado para efectos legales en el Libro de Registro de Certificados de Aptitud Ocupacional 09, Acta 40, Registro 1200.

En testimonio de lo anterior firman:

**MICHAEL ANDRÉS CASTAÑO GUTIÉRREZ**
C.c. 1.088.328.754 de Pereira.
Rector.

**VÍCTOR DANILO LOPERA RAMÍREZ**
C.c. 1.037.546.495 de Don Matías.
Secretario Académico.

ESCUELA DE ARTES Y OFICIOS

LA MEJOR FORMA DE APRENDER

CERTIFICA QUE

**ZULEY CHAURRA RAMÍREZ**

1060593346

# ¡ALCANZÓ SUS METAS!

ASISTIENDO Y PARTICIPANDO EN:

## CONTABILIDAD BÁSICA

Con una intensidad de **30** horas Fecha: **04/10/2018**

DIRECTORA INSTITUTO DE CAPACITACIÓN

COORDINADOR ACADÉMICO

5983

N° REGISTRO

INSTITUTO DE CAPACITACIÓN Comfamiliar RISARALDA

VIGILADO SECRETARÍA DE EDUCACIÓN MUNICIPAL DE PEREIRA Y DEPARTAMENTAL DE RISARALDA

Resolución 081-2003

VIGILADO Supersubsidio

UNIVERSIDAD DE MANIZALES®

Certificado Número 97798

EL SUSCRITO DIRECTOR DE ADMISIONES, REGISTRO Y CONTROL ACADÉMICO

**CERTIFICA**

QUE **ZULEY CHAURRA RAMIREZ** IDENTIFICADO(A) CON CÉDULA DE CIUDADANÍA **N° 1060593346** ESTÁ MATRICULADO(A) Y CURSANDO SEXTO (VI) SEMESTRE EN EL PROGRAMA DE **CONTADURÍA PÚBLICA (VIRTUAL)**, DURANTE EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE 2026-07-13 Y 2026-11-08

SE EXPIDE EN MANIZALES A LOS 27 DÍAS DEL MES DE AGOSTO DE 2026 CON DESTINO A DOCUMENTACIÓN.

**NOTA:** EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL OTORGÓ A ESTA ENTIDAD EL RECONOCIMIENTO INSTITUCIONAL COMO UNIVERSIDAD POR MEDIO DE LA RESOLUCIÓN NÚMERO 2317 DEL 7 ABRIL DE 1992 Y TIENE ACREDITACIÓN INSTITUCIONAL DE ALTA CALIDAD SEGÚN RESOLUCIÓN NÚMERO 8302 DEL 22 DE ABRIL DE 2025.

JCCardona

**JUAN CARLOS CARDONA CARDONA**
Director de Admisiones, Registro y Control Académico

ADMISIONES REGISTRO Y CONTROL ACADÉMICO

*Realizado por: isabel cristina*

Acreditación Institucional de Alta Calidad
Res. 8302 del 22 de abril de 2025. Por 8 años

Sintrasersalud

Sindicato de Trabajadores y Servidores del Sistema de Salud Colombiano

*Mejora contínua de la calidad en la atención en salud*

**NIT. 901.202.306 – 4**

**EL SINDICATO DE TRABAJADORES Y SERVIDORES DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO "SINTRASERSALUD"**

**Certificado N° 26 S - 249**

# C E R T I F I C A

Que el SINDICATO DE TRABAJADORES Y SERVIDORES DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO "SINTRASERSALUD" es una Organización Sindical de Primer Grado y de industria o por rama de actividad económica – Salud, formado por trabajadores y empleados que laboran bajo cualquier modalidad contractual en el sistema de salud y el cual funciona de conformidad con la Constitución Nacional, los convenios internacionales de la OIT y el Código Sustantivo de Trabajo.

Que "SINTRASERSALUD" como agremiación sindical celebró contrato sindical de prestación de servicios, de carácter colectivo laboral con el Hospital San Lorenzo de Supia – Caldas, cuyo objeto lo constituye la prestación de servicios para la ejecución de procesos hospitalarios a los usuarios indicados por la entidad hospitalaria.

Que la señora **ZULEY CHAURRA RAMIREZ,** identificada con cédula de ciudadanía **N. 1.060.593.346** estuvo afiliada a "SINTRASERSALUD", dentro del proceso **ADMINISTRATIVO** como **AUXILIAR FINANCIERO** desde el 01 de abril de 2023 hasta el 31 de agosto de 2026, quién vinculó su trabajo personal, en ejercicio de la libertad sindical y principios del derecho colectivo del trabajo, en el contrato sindical con el Hospital San Lorenzo de Supia – Caldas.

Para constancia, se firma en el Municipio de Supía – Caldas, a los treinta y uno (31) días del mes de agosto del 2026.

**EDDIE BARRAGAN GUEVARA**

Presidente de la Junta Directiva



*ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE SINTRASERSALUD. SE PROHIBE CUALQUIER COPIA O REPRODUCCIÓN DE ESTE MATERIAL SIN PREVIA AUTORIZACION*

SaludTotal

PEREIRA, Agosto 26 de 2026

Señora:

CHAURRA RAMIREZ ZULEY

CC. 1060593346CL 72BIS 25 22 CUBA - 2999

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 Enero 29 de 2022. 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CHAURRA RAMIREZ ZULEY | 1060593346 | C | Ene-29-2022 | 53 | 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 |
|---|---|---|---|
| CINDY JOHANNA CARDENAS GARCIA | 1060593346 | Dependiente | CERRADO |
| EMPLEADOR SAT TEMPORAL | 1060593346 | Dependiente | CERRADO |
| ZULEY CHAURRA RAMIREZ | 1060593346 | Afiliado participe Independiente | CERRADO |
| ZULEY CHAURRA RAMIREZ | 1060593346 | Afiliado participe Independiente | VIGENTE |

**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.

Elaboró: Servicios en Línea

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.

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**ZULEY CHAURRA RAMIREZ,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.060.593.346**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 26 de Agosto del 2026.

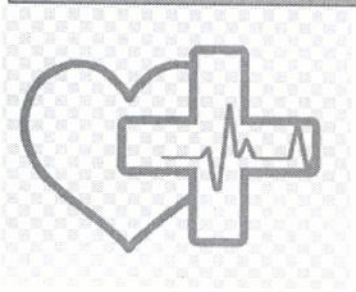
Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

## CERTIFICADO MEDICINA LABORAL



# YEPLABO .S.A.S

NIT : 901934758-0

**CIUDAD:** **SUPIA – CALDAS** **FECHA: 29-08-2026**

## INFORMACION DE LA EMPRESA

EMPRESA: HOSPITAL SAN LORENZO DE SUPIA

## INFORMACION DEL PACIENTE

**NOMBRES**: ZULEY

**PRIMER APELLIDO**: C H A U R R A **SEGUNDO APELLIDO**: RAMIREZ

**N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD**: 1060593346 **EDAD** **33** AÑOS

**FECHA DE NACIMIENTO**:23/07/1993 **DIRECCION : VEREDA EL BRASIL**

**ESTADO CIVIL:** SOLTERAL **EPS:** SALUD TOTAL

**CARGO:** AUXILIAR FINANCIERA

## SIGNAO VITALES

FC 90 LPM PA 136/101 PESO 93 KILO

ESTATUTA 1.61 CM

## ANTECEDNTES

QUIRURGICO NIEGA ALERGICO NIEGA PATOLOGIA NIEGA

OJO DERECHO 20/20 OJO IZQUIERDO 2020

## TIPO DE EXAMEN MEDICO

DE INGRESO: **examen ocupacional con énfasis en osteomuscular**

## EXAMENES PRACTICADO

| EXAMENES | SI | LABORATORIOS | SI |
|---|---|---|---|
| EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL | X | Parcial orina ,coprológico, perfil infeccioso | |
| OPTOMETRÍA / VISIOMETRIA | X | | |
| AUDIOMETRÍA | X | | |
| ESPIROMETRÍA | | | |

## RESULTADOS DE VALORACIONES

| | |
|---|---|
| Apto para trabajar en manipulación de alimento | |
| Apto para cargo con patología que no limita su labor | |
| Apto para cargo con restricción | |
| Apto para cargo con restricción | |
| Apto para desempeñar trabajo de altura | |
| Apto para cargos sin patología aparente | X |
| Aplazado | |
| No apto | |

## CONCEPTO LABORAL

**OBSERVACIONES RESTRICIONES : NO**

## RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

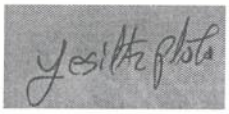
| MEDICOS | OCUPACIONAL | ESTILO DE VIDA SALUDABLE Y HÁBITOS |
|---|---|---|
| *SATIFACTORIO* | Uso de E.P.P:<br>- uso de elementos de protección relacionados para la labor asignada<br><br>Observaciones: No | Iniciar Actividad Física: Ejercicio aeróbico periódico<br><br>*Observaciones: SATIFACTORIO* |

| | | |
|---|---|---|
| Observaciones: No | | |

## CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: He autorizado o (a) al médico Especialista en Salud Ocupacional arriba mencionado (a), realizar en mí el examen médico ocupacional y paraclínicos ocupacionales registrados en este documento conforme quedo registrado en la Historia Clínica Ocupacional he comprendido he tenido la oportunidad de revisar, el propósito, beneficios, las interpretaciones, las recomendaciones y riesgos del examen médico ocupacional, los paraclínicos ocupacionales a partir de la asesoría brindada antes de las respectivas tomas de las pruebas. He sido informado de las medidas que tomara YEPLABO.S.A.S, para proteger la confidencialidad de nuestros resultados. Manifiesto ante mi firma bajo la gravedad de juramento de las respuestas dada.

**MEDICO:**

FIRMA Y SELLO: 

NOMBRE YESITH PLATA BORJA LICENCIA: 17-0800 DEL 2025
MEDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

# Corporación Multimédicas

*Educación Continua*

*Certifica que:*

## ZULEY CHAURRA RAMIREZ

C.C: 1.060.593.346

*Cumplió con los requisitos del* ***Curso*** *en:*

## *BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE*

*La educación informal no conduce a título alguno, según el Decreto 4904 de 2009*

*Desarrollado con base a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia –* ***Resolución 3100 de 2019***

*Emitido el* 31/07/2026 *Válido por* ***2 años*** *a partir de la fecha*
*Certificado por* ***40 horas***

***JUAN CARLOS CRISTANCHO DÍAZ***
*Director Corporación Multimédicas*

***DR. JUAN CARLOS DURAN GALVEZ***
*Coordinador Médico R.M. No. 16957*

Para la verificación de autenticidad de este documento, se sugiere escanear el código **QR** o comunicarse a la línea WhatsApp **3123905971**

NIT. 901495072 (2) - Matrícula Mercantil 493359

# Corporación Multimédicas

*Educación Continua*

*Certifica que:*

## ZULEY CHAURRA RAMIREZ

C.C: 1.060.593.346

*Cumplió con los requisitos del **curso** en:*

## *HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD*

*La educación informal no conduce a título alguno, según el Decreto 4904 de 2009*

*Desarrollado con base a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia – Resolución **0459 de 2012 - 3100 de 2019***

*Emitido el* 31/07/2026 *Válido por **2 años** a partir de la fecha*
*Certificado por **48 horas***

*JUAN CARLOS CRISTANCHO DÍAZ*
*Director Corporación Multimédicas*

*DR. JUAN CARLOS DURAN GALVEZ*
*Coordinador Médico R.M. No. 16957*

Para la verificación de autenticidad de este documento, se sugiere escanear el código **QR** o comunicarse a la línea WhatsApp **3123905971**

NIT. 901495072 (2) - Matrícula Mercantil 493359

# Corporación Multimédicas

*Educación Continua*

*Certifica que:*

## ZULEY CHAURRA RAMIREZ

C.C: 1.060.593.346

*Cumplió con los requisitos del* ***Diplomado*** *en:*

## *MANEJO DE HERRAMIENTAS MICROSOFT OFFICE*
## *"Word – Excel – PowerPoint – Outlook – Access"*

*La educación informal no conduce a título alguno, según el Decreto 4904 de 2009*

*Enfocado a entidades de salud, urgencias y emergencias médicas*

*Emitido el* 31/07/2026 *Válido por* ***2 años*** *a partir de la fecha*
*Certificado por* ***110 horas***

***JUAN CARLOS CRISTANCHO DÍAZ***
*Director Corporación Multimédicas*

***DR. JUAN CARLOS DURAN GALVEZ***
*Coordinador Médico R.M. No. 16957*

Para la verificación de autenticidad de este documento, se sugiere escanear el código **QR** o comunicarse a la línea WhatsApp **3123905971**

NIT. 901495072 (2) - Matrícula Mercantil 493359

Medellín, 28 de agosto de 2026

**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA**

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que ZULEY CHAURRA RAMIREZ identificado(a) con C1060593346 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10605933462624053019

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección IP 10.205.28.19

## ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD PARA EL MANEJO DE LA INFORMACIÓN

Yo, Juley Chavarra Ramirez, identificado(a) con número de C.C. 1060.593.346 de Supia Caldas, por medio del presente me comprometo a celebrar este Acuerdo de Confidencialidad, en los siguientes términos:

### CONSIDERACIONES

Que la Constitución Política de Colombia en su artículo 15, reconoce el derecho a la intimidad personal, familiar y al buen nombre, estableciendo que el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar. Por otra parte, el artículo 74, garantiza el derecho fundamental de acceso a los documentos públicos por parte de todas las personas, salvo las excepciones que establezca la ley.

Que la Ley 1581 de 2012 establece el marco general para la protección de datos personales, garantizando el derecho a conocer, actualizar y rectificar la información registrada en bases de datos. Esta ley aplica a entidades públicas y privadas, y se rige por principios como legalidad, finalidad, libertad, veracidad, transparencia, y seguridad para el tratamiento de los datos personales.

Que el Decreto 1377 de 2013 (reglamentario de la Ley 1581 de 2012), establece disposiciones generales sobre el tratamiento de datos personales, incluyendo la autorización del titular para el tratamiento, las políticas de tratamiento por parte de responsables y encargados, y la transferencia de datos personales. También define términos como aviso de privacidad, dato público y datos sensibles.

Que la Ley 1712 de 2014 (Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública), establece el derecho de cualquier persona a acceder a la información pública en posesión de entidades estatales y otros sujetos obligados, regula los procedimientos para ejercerlo y las excepciones a la publicidad, basándose en principios como la máxima publicidad y la transparencia.

Que la Ley 1952 de 2019 (código general disciplinario), en su artículo 38, numeral 5, indica que uno de los deberes de todo servidor público: es mantener reserva de la información a que tenga acceso por razón de su función, en forma exclusiva para los fines a que están afectos. De igual manera existen personas naturales y jurídicas que tienen vínculos contractuales con la ESE Hospital San Lorenzo de Supía y en cumplimiento de sus obligaciones contractuales para con la entidad tienen acceso a información sensible, por lo que igualmente están obligados a mantener reserva de la información a que tenga acceso por razón de su actividad contractual, en forma exclusiva para los fines a que están afectos.

Vigilado Supersalud

Que, por lo anterior, el suscrito (a):

**ACUERDA**:

**PRIMERO. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION.** Garantizar la reserva de cualquier tipo de información que se encuentre en historias clínicas, bases de datos, archivos físicos, registros, informes, información financiera y estadística de la institución o cualquier tipo de información sensible relacionada con la entidad y con los usuarios. Por lo que me comprometo a conservar y mantener de manera estrictamente confidencial y no revelar a terceros la información que llegase a conocer en la ejecución y ejercicio de mis funciones; salvo cuando se trate de actividades autorizadas expresamente por la ley de protección de datos.

**SEGUNDO. ACCESO A INFORMACIÓN RESERVADA DE LA HISTORIA CLÍNICA.** Tendré acceso a bases de datos y documentación física en las que se encuentra información sensible relacionada con la historia clínica de los pacientes, información financiera y estadística de la institución la cual, usaré únicamente para cumplir a cabalidad mis funciones, por lo que me comprometo a darle uso en forma exclusiva para los fines a que están afectos.

**TERCERO. VIGENCIA.** El presente Acuerdo de Confidencialidad tendrá una vigencia indefinida. Esta obligación persiste y se mantendrá inclusive después de finalizada mi relación con alguna de las labores que comprende el tratamiento de los datos.

**CUARTO. RESPONSABILIDAD**. En caso de infringir estas disposiciones me responsabilizo de mis actos y me someto a las acciones que la autoridad competente considere pertinentes.

En señal de aceptación suscribo el presente acuerdo, en el municipio de Supía, Caldas en la fecha: Año 2026 Mes Septiembre Día 01

Firma: Jufey Chavra R
C.C: 1.060.593.346.

Leyes que respaldan la información descrita anteriormente:
• Ley 1581 de 2012 *Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales.*
• Ley 1712 de 2014 *Por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones.*

Vigilado Supersalud