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
CASELLAS	PINTO	BIBIANA PAOLA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1093590019	F ⊗ M ○ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 15 MES 11 AÑO 2004	kdx 16 6-40 Callejón de la pesa			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	CESAR
DEPTO	NORTE DE SANTANDER	MUNICIPIO	RÍO DE ORO		
MUNICIPIO	CUCUTA	TELÉFONO	3208319071	EMAIL	casellasbibiana15@gmail.com

2 FORMACION 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		EDUCACION MEDIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2021

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 EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLOGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) **TR_DES** (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
ESCUELA NAL DE FORMACION EN SALUD SANTA TERESA DE CALCUTA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	6300	X		TECNICO EN AUXILIAR DE SALUD ORAL	08	2023

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL DEL RIO DE ORO			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CESAR	MUNICIPIO RIO DE ORO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 5619147	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	01	Mes	03	Año	2024	Día	31	Mes	07	Año	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL 143- AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA AUXILIAR DE ODONTOLOGIA						DIRECCIÓN AVENIDA 1A 3 24 ARAUJO COTES					

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						DIRECCION					

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	2	5
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
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 _____

_____

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*

La República de Colombia
y en su Nombre

Institución Educativa Normal Superior

Río de Oro - Cesar

Acreditación de Calidad y Desarrollo según Res. No. 3137 de 2003
Aprobación de Estudios Secretaría de Educación Departamento del Cesar,
Res. No. 006173 del 10 de octubre 2016
Autorización de Funcionamiento Programa de Formación Complementaria
Res. Ministerial No. 000832 del 28 de enero de 2019

Confiere a:

Bibiana Paola Caselles Pinto

Identificado(a) con Tarjeta de Identidad No. 1093590019 de Río de Oro

El Título de:

Bachiller Académico
con Profundización en Pedagogía

Por haber alcanzado y aprobado los logros de formación integral correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, de acuerdo con el Decreto Ministerial 1236 del 14 de septiembre de 2020 y el Proyecto Educativo Institucional - P.E.I.

Mag. Nexy Esperanza Pinto Durán
Rectora

Firza Quintero de Sánchez
Secretaria

Anotado en el Control Interno de la Institución
Libro No. ___ Folio No. ___ Diploma No. ___

Dado en Río de Oro - Cesar, a los 17 días del mes de Diciembre de 2021

INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR

RÍO DE ORO - CESAR

Acreditación de Calidad y Desarrollo Res. No. 3137 de 2003
Aprobación de Estudios Secretaría de Educación Departamento del Cesar,
Res. No. 006173 del 10 de octubre 2016
Autorización Funcionamiento Programa de Formación Complementaria
Res. Ministerial No. 000832 del 28 de enero de 2019

DANE No. 120614-000495 **NIT: 892300302-3**

Acta Individual de Grado No. 02

En la ciudad de Rio de Oro, (Cesar), a los 17 días del mes de diciembre del año 2021, las suscritas: Rectora, Magister Nexy Esperanza Pinto Durán y la Secretaria, señora Tirza Quintero de Sánchez, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes del último grado del Nivel de Educación Media Académica, como Bachilleres, de acuerdo al Artículo 28 de la Ley 115 de 1.994 y Decretos N° 2903 de 1.994, N°.968 de 1.995, Decreto Ministerial N° 1236 del 14 de septiembre de 2020 y el PEI de la Institución.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al último grado del Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el título de **Bachiller Académico con Profundización en Pedagogía**, a:

Bibiana Paola Caselles Pinto

Identificado(a) con Tarjeta de Identidad No. 1093590019 de Rio de Oro

En constancia se firma la presente por quienes en ella intervinieron en el cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 7° del Decreto N° 180 de 1.981.

Mag. NEXY ESPERANZA PINTO DURÁN
C.C. 26.861.562 de Rio de Oro
Rectora

TIRZA QUINTERO DE SÁNCHEZ
C.C. 26.861.420 de Rio de Oro
Secretaria

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ESCUELA NACIONAL DE FORMACIÓN EN SALUD SANTA TERESA DE CALCUTA

Acuerdo No. 00329 del 10 de Diciembre de 2018 de la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud, de los Ministerios de Salud y Protección Social y de Educación Nacional

Resoluciones No. 004371 del 13 de Octubre de 2009 y 000680 del 8 de abril de 2021 de la SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEPARTAMENTAL DE NORTE DE SANTANDER

EN ATENCIÓN A QUE

Bibiana Paola Caselles Pinto

D.I. 1.093.590.019 de Río de Oro

CURSÓ Y APROBÓ LOS ESTUDIOS CORRESPONDIENTES, Y CUMPLIENDO CON LOS DEMÁS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS POR LA INSTITUCIÓN, SE LE CONFIERE EL CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS COMO TÉCNICO LABORAL EN

Auxiliar en Salud Oral

DADO EN LA CIUDAD DE OCAÑA, EL DÍA 25 DE AGOSTO DE 2023
INTENSIDAD HORARIA 1.800 HORAS TEÓRICO - PRÁCTICAS

DIRECTORA

LIBRO DE REGISTRO No. 2
FOLIO 250

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACION

En la ciudad de **OCAÑA** a los veinticinco (25) días del mes de **agosto** del año dos mil veintitrés **(2023)**. Se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último semestre, la suscrita Rectora y Secretaria, en la Rectoría de la **ESCUELA NACIONAL DE FORMACION EN SALUD SANTA TERESA DE CALCUTA**. Institución aprobada según Acuerdo N°. 00329 del 10 de diciembre de 2015 de la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud, de los ministerios de **Salud y Protección Social y de Educación Nacional** y Resoluciones N° 004371 de Oct 13/2009 y 000930 de abr.08/2021 emanadas por la **SECRETARIA DE EDUCACION DEPARTAMENTAL DE NORTE DE SANTANDER**, para otorgar el certificado de aptitud ocupacional por competencias **TÉCNICO LABORAL AUXILIAR EN SALUD ORAL**, con una intensidad de 1.800 horas TEÓRICO-PRÁCTICAS.

Comprobada la situación académica de cada uno de los Estudiantes que cursaron y aprobaron, el mencionado programa, se procedió a otorgar el **CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS COMO TÉCNICO LABORAL AUXILIAR EN SALUD ORAL** a: **BIBIANA PAOLA CASELLES PINTO,** identificado(a) con documento de identidad N° 1.093.590.019 expedida en **RIO DE ORO.**

Es fiel copia tomada del Acta Original General N° **71** Libro de diplomas **02** Folio **210** fecha **VEINTICINCO (25)** de **AGOSTO** de **2023**, que consta de veintiocho (28) alumnos graduados, que comienza con el nombre de **YULIANA PAOLA ACOSTA SUAREZ** y cierra con el nombre de **EIMY CATALINA VEGA RIAÑO.**

Firmada y sellada Por

Rectora **MARIA VICTORIA BECERRA PACHECO** y Secretaria **GINA ISABEL MANDÓN CUETO** Dada en Ocaña a los a los veinticinco (25) días del mes de agosto del 2023.

En constancia se firma la presente, por quienes por ella intervinieron, en cumplimiento a lo ordenado.

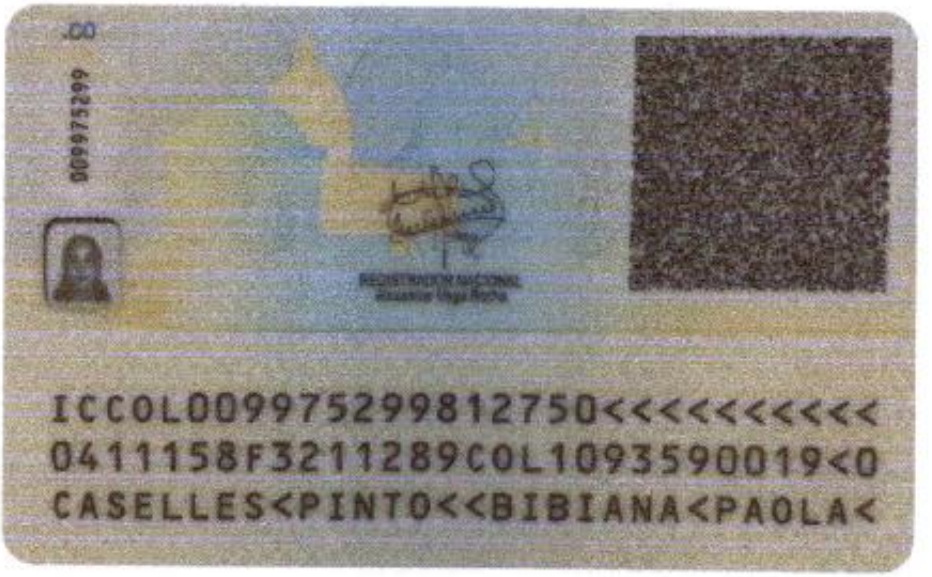
ESCUELA NACIONAL DE FORMACION EN SALUD "SANTA TERESA DE CALCUTA" RECTORÍA

Rector(a)
C.C. N° 37.338.292 de Ocaña

Secretaria
C.C. N° 1.091.654.954 Ocaña

AUXILIAR EN SALUD ORAL


CÉDULA DE CIUDADANÍA
REPÚBLICA DE COLOMBIA
NUIP 1.093.590.019
Apellidos
CASELLES PINTO
Nombres
BIBIANA PAOLA
Nacionalidad
COL
Estatura
1.59
Sexo
F
Fecha de nacimiento
15 NOV 2004
G.S.
O+
Lugar de nacimiento
CUCUTA (NORTE DE SANTANDER)
Fecha y lugar de expedición
28 NOV 2022 RIO DE ORO
Firma
Fecha de expiración
28 NOV 2032


CO
009975299
ICCOL009975299812750<<<<<<<<<<<
0411158F3211289COL1093590019<0
CASELLES<PINTO<<BIBIANA<PAOLA<

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) BIBIANA PAOLA CASELLES PINTO identificado(a) con CC 1093590019 registra La siguiente información:

2026-07-30→8:01:08 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	TECNICO LABORAL POR COMPETENCIA AUXILIAR EN SALUD ORAL	2023-11-15	5070	INSTITUTO DEPARTAMENTA DE SALUD NORT DE SANTANDER

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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 14968049339

(415)7707212489984(8020) 000001496804933 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 9 3 5 9 0 0 1 9	9	Impuestos y Aduanas de Valledupar 2 4	

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 9 3 5 9 0 0 1 9

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Cesar 2 0	Río de Oro 6 1 4

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CASELLES	PINTO	BIBIANA	PAOLA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cesar 2 0	Río de Oro 6 1 4

41. Dirección principal: callejon de la pesa KDX F6 - 640

42. Correo electrónico: casellesbibiana15@gmail.com

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

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 6 2 2	2 0 2 3 1 2 1 1						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 4 9

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

54. Código

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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 3 61. Fecha 2023-12-18 / 11:36:50AM

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: CASELLES PINTO BIBIANA PAOLA

985. Cargo: Contribuyente

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

(No válido para traslado de EPS, uso de servicios médicos, ni para pago de prestaciones económicas)

Asmet Salud EPS SAS se permite informar que a la fecha, el (la) afiliado(a) BIBIANA PAOLA CASELLES PINTO identificado(a) con CC 1093590019 se encuentra vinculado(a) al Sistema General de Seguridad Social en Salud por intermedio de Asmet Salud EPS SAS con la siguiente información:

Régimen de afiliación actual:	CONTRIBUTIVO
Tipo de afiliación:	COTIZANTE
Rango salarial:	1
Municipio afiliación:	RIO DE ORO, CESAR
Zona:	URBANA
Estado:	ACTIVO

Reiteramos nuestra entera disposición para colaborar frente a cualquier inquietud que pueda presentarse en la línea gratuita: 01 8000 913 876 o en el chat virtual de nuestra página WEB www.asmetsalud.org.co. Se firma y se expide en la ciudad de Popayán a los 30 días del mes de julio de 2026, a solicitud del interesado.

Cordialmente,

Operaciones Nacional

ASMET SALUD EPS SAS

Toda certificación generada es almacenada en base de datos para su verificación, la modificación parcial o total de este documento puede incurrir en un delito.

Fecha:30/07/2026 16:07:28 **IP:**null - 098D05C7C38FA96E5039AFEC19267B2D91FDA848

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:

BIBIANA PAOLA CASELLES PINTO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.093.590.019**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 30 de Julio del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

SISPRO
Sistema Integral de Información de la Protección Social

RUAF
Registro Único de Afiliados

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

INFORMACIÓN BASICA

Fecha de Corte: 2026-07-24

Número de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Sexo
CC 1093590019	BIBIANA	PAOLA	CASELLES	PINTO	F

AFILIACIÓN A SALUD

Fecha de Corte: 2026-07-24

Administradora	Régimen	Fecha Afiliacion	Estado de Afiliación	Tipo de Afiliado	Departamento -> Municipio
ASMET SALUD EPS S.A.S. -CM	Contributivo	01/03/2025	Activo	COTIZANTE	RIO DE ORO

AFILIACIÓN A PENSIONES

Fecha de Corte: 2026-07-24

Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación
PENSIONES: AHORRO INDIVIDUAL	SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA	2024-06-19	Activo no cotizante

AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES

Fecha de Corte: 2026-07-24

Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Actividad Economica	Municipio Labora
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	2024-08-17	Activo		Cesar- VALLEDUPAR
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	2025-02-05	Activo		Bogotá, D.C.- BOGOTÁ
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	2026-03-10	Activo		

AFILIACIÓN A COMPENSACIÓN FAMILIAR

Fecha de Corte: 2026-07-24

No se han reportado afiliaciones para esta persona

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA AL RUAF, CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

SISPRO
Sistema Integral de Información de la Protección Social

RUAF
Registro Único de Afiliados

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

AFILIACIÓN A CESANTIAS

No se han reportado afiliaciones para esta persona

Fecha de Corte: 2026-07-24

PENSIONADOS

No se han reportado pensiones para esta persona.

Fecha de Corte: 2026-07-24

VINCULACIÓN A PROGRAMAS DE ASISTENCIA SOCIAL

No se han reportado vinculaciones para esta persona.

Fecha de Corte: 2026-07-24

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACION REPORTADA AL RUAF, CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE CIUDADANÍA — NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:
CIUDAD/MUNICIPIO:
DIRECCIÓN: — TELÉFONO:
CÓD APORTANTE: — CLASE APORTANTE:
TIPO EMPRESA: — ACTIVIDAD ECONÓMICA:
FORMA DE PRESENTACIÓN: — ÚNICO
APORTANTE ACOMETIDO PAGO A ORTGS SALUD, SUMA A CSMP (PERSONA TRIBUTARIA)

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA: 91233937370
PERIODO COTIZACIÓN OTROS: MES 10/24 AÑO
DÍAS DE MORA: 0
FECHA PAGO asistencial: 2024/10/08

TIPO DE PLANILLA:
PERIODO COTIZACIÓN SALUD: MES 10/24 AÑO
NÚMERO PLANILLA ASOCIADA:

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS APORTANTE	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 1.260.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.260.700	$ 0	$ 1.260.700
SUBTOTALES:										$ 1.260.700	$ 0	$ 1.260.700

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR APORTE	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR APORTE	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
230306	230306-ASMET SALUD EPS	1		$ 0		$ 0			$ 216.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 216.900	$ 0	$ 0	$ 216.900
SUBTOTALES:													$ 216.900	$ 0	$ 0	$ 216.900

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD EG NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD EG VALOR	INCAPACIDAD EG PAGO A OTROS PAGADOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN APORTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-03	14-03-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 42.700	$ 42.700	$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 42.700
SUBTOTALES:										$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 42.700

DETALLE DE LA AUTOLIQUIDACIÓN

Nº	DATOS DEL COTIZANTE: IDENTIFICACIÓN	NUMERO	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	EXTR SALARIAL	COLOMBIANO EN EXTERIOR	EXTRANJERO NO OBLIGADO A COTIZAR PENSIONES	EXTRANJERO EN MISION	NOVEDADES: IGE	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN: ADMIN	PENSIÓN: ESTADO	PENSIÓN: IBC	PENSIÓN: COTIZACIÓN	FSP: APORTES VOLUNTARIOS: APORTE APORTANTE	FSP: APORTES VOLUNTARIOS: APORTE COTIZANTE	FSP: SUBSISTENCIA	FSP: SOLIDARIDAD	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD: ADMIN	SALUD: ESTADO	SALUD: IBC	SALUD: COTIZACIÓN	SALUD: VALOR ADRES	SALUD: TOTAL APORTE	ARP: ADMIN	ARP: ESTADO	ARP: IBC	ARP: CENTRO DE TRABAJO	ARP: TOTAL APORTE	PARAFISCALES: IBC	PARAFISCALES: CCF ADMIN	PARAFISCALES: CCF TOTAL APORTE	PARAFISCALES: SENA TOTAL APORTE	PARAFISCALES: ICBF TOTAL APORTE	PARAFISCALES: MINEDUC TOTAL APORTE
1	CC	CASELLES PINTO SEBASTIAN PAOLA	DEPENDIENTE	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	$ 1.518.000					NO															230301-PORVENIR	A	$ 1.260.700	$ 1.260.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 1.260.700	230306-ASMET SALUD EPS	A	$ 1.518.000	$ 1.518.000	$ 216.900	$ 216.900	14-03-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	A	$ 1.518.000	0054018400	$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 541.800

Betty Cecilia Osorio Blanco

Seguridad y Salud en el Trabajo

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL



DATOS DEL SERVICIO				
Fecha Atención:	30/abr/2024 04:34 PM	**Cargo:**	HIGIENISTA ORAL	
Examen:	Exámen Médico Ocupacional de Ingreso			
Nombre Empresa:	ESE HOSPITAL LOCAL DE RIO DE ORO	**T. Vinculación:**	Directo por Prestación de Servicios	

DATOS DEL PACIENTE			
Nombre:	BIBIANA PAOLA CASELLES PINTO	**Identificación:**	CC-1093590019
Dirección:	KDX F6 640 - Colombia	**Teléfono:**	3208319071
Fecha	15/nov/2004	**Edad:**	19 Años 5 Meses 15 Días
Sexo:	Femenino	**Estado Civil:**	Soltero(a)
Profesión:	HIGIENSITA ORAL	**Régimen Salud:**	Particular
EPS:	Asociación Mutual La Esperanza ASMET SALUD	**ARL:**	

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS		
Examen	**Resultado**	**Fecha**
Énfasis Osteomuscular	NORMAL	01/may/2024 11:52 AM

Concepto(s) Médico(s):	**Sin restricciones o limitaciones para el cargo** **No se evaluaron requisitos de salud (altura, espacios confinados, manipular alimentos).**

Restricciones: Sin Restricciones Laborales

Recomendaciones:
Se recomienda mantener hábitos de vida saludables: alimentación y ejercicio Uso de elementos de protección personal de acuerdo a la labor asignada
Desarrollar las actividades laborales adoptando una adecuada postura de todos los segmentos corporales (higiene postural), realizar actividades preventivas de tipo osteomuscular (pausas activas), seguir normas establecidas de seguridad y salud ocupacional.
Reportar incidentes o accidentes a su jefe inmediato.
Mantener suficiente hidratación
Uso de corrección óptica para corrección visual
Control anual por optometria

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 mi en este examen son completas y veridicas. 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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Este certificado es fiel transcripción de la historia clínica del trabajador y se tuvo en cuenta los resultados exámenes paraclínicos o pruebas complementarias

Firma del Paciente

Nombre: BIBIANA PAOLA CASELLES PINTO

C.C.: 1093590019

Profesional: BETTY CECILIA OSORIO BLANCO
Especialista en SST
LIC 1077/24

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 16:54:48 horas del 30/07/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1093590019,** Apellidos y Nombres **CASELLES PINTO BIBIANA PAOLA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **hospital local rio de oro cesar**, con NIT **824000449-2** 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

Función Pública | sigep II

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

ENTIDAD RECEPTORA
HOSPITAL LOCAL DEL RIO DE ORO

Período 01/01/2024 - 31/12/2024

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, BIBIANA PAOLA CASELLAS PINTO

IDENTIFICADO CON: C.C. **X** C.E. T.I. No. 1093590019 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS: COLOMBIA DEPARTAMENTO: CESAR MUNICIPIO: RÍO DE ORO

DIRECCIÓN: kdx-f6 6-40 Callejón de la pesa TELÉFONO: 3208319071

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°. DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESIÓN** X **PARA RETIRARME** **PARA ACTUALIZACIÓN** **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	$12.350.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$0
TOTAL	$12.350.000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCOLOMBIA	CUENTA DE AHORROS	318600XXX	Ocana	10.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR
MUEBLES	Mobiliario	1.000.000

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN N°

C.C. C.E. T.I.

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA	
FIRMA DEL EMPLEADO PUBLICO	CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PUBLICA
LINEA GRATUITA DE ATENCION AL CLIENTE No. 018000-917770

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 jueves 30 de julio de 2026, a las 17:07:37, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1093590019
Código de Verificación	1093590019260730170737

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. 300379842

PIB
17:13:50

Bogotá DC, 30 de julio 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) BIBIANA PAOLA CASELLES PINTO identificado(a) con Cédula de ciudadania número 1093590019:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES LEY 2455 / 2025 "LEY ÁNGEL"

Consulta en linea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policia Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:34:58 PM horas del 30/07/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1093590019**

Apellidos y Nombres: **CASELLES PINTO BIBIANA PAOLA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitucion 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 acerquese a las instalaciones de la **Policia Nacional** más cercanas.

Volver al Inicio

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

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 17:17:29 horas del 30/07/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1093590019,** Apellidos y Nombres **CASELLES PINTO BIBIANA PAOLA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **hospital local de rio de oro cesar**, con NIT **824000449-2** 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 1093590019 **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 30/07/2026 05:12 PM

Código Verificación: **4X87PZATLR**

Válida hasta: **28/10/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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, 30/07/2026 05:19:11 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1093590019** y Nombre: **BIBIANA PAOLA CASELLES PINTO.**

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. **144891902** . 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

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: [illegible]

Nombres y apellidos / Full name

BIBIANA PAOLA CASELLES PINTO

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

1 0 9 3 5 9 0 0 1 9

Fecha de nacimiento / Date of birth

15/11/2004

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

NO REGISTRA

Correo electrónico / e-mail

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio	Número de Lote	IPS Vacunadora	Nombres y apellidos del vacunador
Vaccine	Dosis	Día / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratory	Vaccine Batch	Administering Center	Full name Vaccinator
COVID PFIZER	Primera	25	08	2021	PFIZER	FE3593	RIO DE ORO HOSPITAL LOCAL	INGRITH SANCHEZ
COVID PFIZER	Segunda	05	11	2021	PFIZER	FH8021	RIO DE ORO HOSPITAL LOCAL	INGRITH SANCHEZ
COVID PFIZER	Primer Refuerzo	22	04	2022	PFIZER	ACC5853	RIO DE ORO HOSPITAL LOCAL	ERICA PICON
Hepatitis B Adultos Particular	Primera	04	05	2022		220501819C	CUCUTA CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL DE SANTANDER	KARY AMAYA
Hepatitis B Adultos Particular	Segunda	04	06	2022		220501819C	CUCUTA CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL DE SANTANDER	KARY AMAYA
Hepatitis B Adultos Particular	Tercera	07	07	2022		220500520E	CUCUTA CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL DE SANTANDER	KARY AMAYA
Fiebre Amarilla	Única	19	01	2024	Sanofi Pasteur	W3E221V	RIO DE ORO HOSPITAL LOCAL	EDITTA SANCHEZ BARRETO
TD Adulto	Primera	19	01	2024	Serum	2332L004B	RIO DE ORO HOSPITAL LOCAL	EDITTA SANCHEZ BARRETO
TD Adulto	Segunda	19	02	2024	Serum	2332L004B	RIO DE ORO HOSPITAL LOCAL	INGRITH SANCHEZ
TD Adulto	Tercera	20	08	2024	Serum	2333L021C	RIO DE ORO HOSPITAL LOCAL	INGRITH SANCHEZ
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	10	01	2025	Green Cross	V50524005	RIO DE ORO HOSPITAL LOCAL	EDITTA SANCHEZ BARRETO - CC26862635 - ACTIVO
Sarampión Rubéola	Adicional	01	04	2025	Serum	0091N013A	RIO DE ORO HOSPITAL LOCAL	EDITTA SANCHEZ BARRETO - CC26862635 - ACTIVO
COVID PFIZER JN1	Adicional	07	04	2025	PFIZER	LN8430	RIO DE ORO HOSPITAL LOCAL	INGRITH SANCHEZ
TD Adulto	Cuarta	12	12	2025	Serum	2334X006A	RIO DE ORO HOSPITAL LOCAL	SANDRA MILENA SANCHEZ CUVIDES - CC26863677 - ACTIVO

El Ministerio 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 carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y EntidadesAdministradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information 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.

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: b230cf98-c03f-46d0-9ae7-9f8fa9811cc1

Nombres y apellidos / Full name: **BIBIANA PAOLA CASELLES PINTO**

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

Número de identificación / ID Number: **1 0 9 3 5 9 0 0 1 9**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **15/11/2004**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **NO REGISTRA**

Correo electrónico / e-mail:

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio	Número de Lote	IPS Vacunadora	Nombres y apellidos del vacunador
Vaccine	Doses	Día / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratory	Vaccine Batch	Administering Center	Full name Vaccinator

El Ministerio 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 carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y EntidadesAdministradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information 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.

Certificación
Bancaria

Jueves, 30 de julio de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que BIBIANA PAOLA CASELLES PINTO identificado(a) con CC 1093590019, 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 de ahorros	31868564183	2024-06-12	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 12 345 Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 179 97 14.

Catalina Cortés Uribe
Gerente Servicios Contact Center & BPO

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante envíos de correos electrónicos. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a cibercrimen@bancolombia.com.co

Corporación Internacional Líderes Latinoamerica

NIT: 830.086.471-6

Hace constar que:

BIBIANA PAOLA CASELLES PINTO

C.C. - No. 1093590019

Cursó y aprobó los estudios correspondientes al:

CURSO

FORMACION EN ATENCION INTEGRAL EN SALUD PARA VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GENERO

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Siendo una formación propia, con una intensidad de cincuenta (50) horas.

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (30) días del mes de julio del año 2026

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional de Colombia
Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección de Colombia

Beatriz Eugenia Ramos Suaza
Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Critico
Rehabilitación Cardiopulmonar y
Certificación AHA como proveedor en salud

Luis Carlos Prada Prada
Director
Corporación Internacional Líderes

VALIDAR CERTIFICADO

La validez del documento también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo academico@cillatinoamerica.com.co

2025-205
No. consecutivo Certificado

BOMBEROS DE COLOMBIA

Cuerpo de Bomberos de Ocaña Norte de Santander

Resolución N° 007770 2023

Hace Constar que

BIBIANA PAOLA CASELLES PINTO

Identificado con C.C. No.

1.093.590.019

Aprobó satisfactoriamente el curso

PRIMEROS AUXILIOS BASICOS

El Taller se Realizó en el Cuerpo de Bomberos Voluntarios Ocaña Norte de Santander, el día (23) de Agosto del año 2025

Con una duración de: ***8*** *Horas.*

En constancia de lo anterior, se firma a los **23** días del mes de **AGOSTO** de **2025**

YEFREID PEÑARANDA PAEZ
Comandante CBVO

YINER PEÑARANDA CARRASCAL
Facilitador CBVO

Corporación Internacional Líderes Latinoamerica

NIT: 830.086.471-6

Hace constar que:

BIBIANA PAOLA CASELLES PINTO

C.C. - No. 1093590019

Cursó y aprobó los estudios correspondientes al:

CURSO
FORMACION EN HUMANIZACION Y CALIDAD
EN SERVICIOS DE SALUD

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Siendo una formación propia, con una intensidad de cincuenta (50) horas.

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (30) días del mes de julio del año 2026

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional de Colombia
Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección de Colombia

Beatriz Eugenia Ramos Suaza
Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Critico
Rehabilitación Cardiopulmonar y
Certificación AHA como proveedor en salud

Luis Carlos Prada Prada
Director
Corporación Internacional Líderes

VALIDAR CERTIFICADO

La validez del documento también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo academico@cillatinoamerica.com.co

Corporación Internacional Líderes Latinoamerica

NIT: 830.086.471-6

Hace constar que:

BIBIANA PAOLA CASELLES PINTO

C.C. - No. 1093590019

Cursó y aprobó los estudios correspondientes al:

CURSO

FORMACION EN ATENCION INTEGRAL EN SALUD PARA VICTIMAS DE CONFLICTO ARMADO CON ENFOQUE PAPSIVI

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Siendo una formación propia, con una intensidad de Sesenta (60) horas.

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (30) días del mes de agosto del año 2026

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional de Colombia
Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección de Colombia

Beatriz Eugenia Ramos Suaza
Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Critico
Rehabilitación Cardiopulmonar y
Certificación AHA como proveedor en salud

Luis Carlos Prada Prada
Director
Corporación Internacional Líderes

VALIDAR CERTIFICADO

La validez del documento también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo academico@cillatinoamerica.com.co

Corporación Internacional Líderes Latinoamerica

NIT: 830.086.471-6

Hace constar que:

BIBIANA PAOLA CASELLES PINTO

C.C. - No. 1093590019

Cursó y aprobó los estudios correspondientes al:

CURSO
FORMACION EN ATENCION INTEGRAL EN SALUD PARA VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUIMICOS

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Siendo una formación propia, con una intensidad de cincuenta (50) horas.

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (30) días del mes de julio del año 2026

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional de Colombia
Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección de Colombia

Beatriz Eugenia Ramos Suaza
Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Critico
Rehabilitación Cardiopulmonar y
Certificación AHA como proveedor en salud

Luis Carlos Prada Prada
Director
Corporación Internacional Líderes

VALIDAR CERTIFICADO

La validez del documento también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo academico@cillatinoamerica.com.co