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
CORONEL	RODRIGUEZ	DIANA MARCELA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1115912110	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 10 MES 03 AÑO 1989	CALLE 19 9A 22 CASA LIBERTADORES BAJO			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	CASANARE
DEPTO	BOYACÁ	MUNICIPIO	TAURAMENA		
MUNICIPIO	ZETAQUIRA	TELÉFONO		EMAIL	dmcoronelr@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

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

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	2	X		TECNOLOGIA EN GESTION DE PROCESOS ADMINISTRATIVOS DE SALUD	02	2017	

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3174326054	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	01	*Año*	2026	*Día*	15	*Mes*	09	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL ADMINISTRATIVA - SALUD	*DEPENDENCIA* ADMINAISTRATIVA						*DIRECCIÓN* CARRERA 15 8 69					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3146467642	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	20	*Mes*	01	*Año*	2023	*Día*	27	*Mes*	10	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO ADMINISTRATIVA EN SALUD	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA Y FACTURACION						*DIRECCIÓN* CARRERA 15 8 63					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3103375943	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	03	*Año* 2022	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXIIAR AREA DE SALUD	*DEPENDENCIA* FACTURACION Y ADMINISIONES					*DIRECCIÓN* CARRERA 15 8 63					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD SOSALUD SAS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* YOPAL					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3209464311	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	16	*Mes*	11	*Año* 2021	*Día*	02	*Mes*	04	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA					*DIRECCIÓN* TRANSVERSAL 18 # 7-05 PISO 3					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA MEDICENTER			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* YOPAL					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6333130	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	17	*Mes*	07	*Año* 2017	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE FACTURACION	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA					*DIRECCIÓN* CARRERA 23 12 43					

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	4	3
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	3	8
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	4
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 TAURAMENA 17 DE SEPTIEMBRE 2026

DIANA MARCELA CORONEL

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.

17/09/2026

Ciudad y fecha

SONIA CARDENAS

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, DIANA MARCELA CORONEL RODRIGUEZ

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 1.115.912.110 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN: TAURAMENA

País	COLOMBIA	Departamento	CASANARE	Municipio	TAURAMENA
Dirección	CARRERA 19 # 9A - 22	Teléfonos	3174326054		

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
JHERALDIN CORONEL RODRIGEUZ	1.115.911.216	HIJA
ALEX FELIPE SUAREZ CORONEL	1.029.667.068	HIJO
DYLAN ALEJANDRO SUAREZ CORONEL	1.118.577.436	HIJO

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	20.700.000
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	$ 20.700.000

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
BANCOLOMBIA	AHORROS	587-708488-04	YOPAL	$ -

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
MOTO		$ 8.000.000

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

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** 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

Diana Marcela Coronel
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

17 de Septiembre 2026
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

DECLARACIÓN DE CONFLICTO O NO CONFLICTO DE INTERESES

Yo, DIANA MARCELA CORONEL RODRIGUEZ identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 1.115.972.770 de TAURAMENA, manifiesto conocer las implicaciones legales de incurrir en alguna de las causales de conflicto de interés, inhabilidad o incompatibilidad y me comprometo a informar cualquier conflicto que a nivel personal llegue a comprometer la estabilidad económica, moral y particular a esta entidad.

Tipo de vinculación:

Empleado público de libre nombramiento y remoción	
Empleado público de carrera administrativa	
Empleado público con nombramiento provisional	
Empleado público con nombramiento temporal	
Empleado público de periodo	
Contratista de prestación de servicios	X

Declaro a la firma de este documento que:

Si:_____ No: X me encuentro en una situación de conflicto de intereses real.

Si su respuesta fue "si", proceda a llenar la causal de conflicto de intereses:

La causal de conflicto consiste en:

Por lo anterior, solicito se estudie y comunique la decisión que se tome.

Si su respuesta fue "no", pero se encuentra en una situación de conflicto de interés aparente, describa dicha situación y ofrezca toda la información necesaria para demostrar que dicho conflicto no es ni real ni potencial:

Descripción de la situación:

Información relacionada:

Firma DIANA MARCELA CORONEL

Cédula de ciudadanía No. 1.115.972.770 de TAURAMENA

Fecha 17 DE SEPTIEMBRE 2026

DECLARACION JURAMENTADA INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

De acuerdo con lo establecido en el artículo 11 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011) y en el artículo 40 de la Ley 734 de 2002, declaro tener conocimiento de las situaciones que pueden constituir un conflicto de intereses, así como la importancia de identificarlos y declararlos preventivamente en cumplimiento de la política de integridad pública (Decreto 1499 de 2017).

Yo, DIANA MARCELA CORONEL RODRIGUEZ, identificado (a) con la cedula de ciudadanía No. 1.115.912.110 de TAURAMENA, manifiesto bajo la gravedad del juramento, de conformidad con los decretos 1557 y 2282 de 1989 y el artículo 299 del C.P.C., lo siguiente:

PRIMERO: Bajo gravedad de juramento declaro que no me encuentro incurso dentro de las causales de inhabilidad e incompatibilidad legal establecidas en la Constitución Nacional, ni el artículo 8 de la ley 80 de 1993 y normas concordantes y que, tampoco, me hallo en ninguno de los eventos de prohibición especial para contratar con el Estado; en especial, que no aparezco reportado en el boletín de Responsables Fiscales vigentes, expedido por la Contraloría General de la República, de acuerdo con lo previsto en el artículo 60 de la Ley 610 de 2000, en concordancia con el numeral 4 del artículo 38 de la Ley 734 de 2002, ni en los boletines de deudores morosos de las Entidades Estatales, según lo dispuesto en el parágrafo 3 de la Ley 716 de 2001.

SEGUNDO: Igualmente, declaro, bajo la gravedad de juramento, que NO TENGO PROCESOS ALIMENTARIOS PENDIENTES EN CONTRA, ante la jurisdicción civil, ni penal y que cumpliré con mis obligaciones de familia.

Lo anterior está sujeto a veracidad probatoria.

Se firma la presente a los 17 días del mes de SEPTIEMBRE del año 2026

DIANA MARCELA CORONEL

Nombre: DIANA MARCELA CORONEL RODRIGUEZ
C.C. No. 1.115.912.110

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.115.912.110**
CORONEL RODRIGUEZ

APELLIDOS
DIANA MARCELA

NOMBRES

DIANA MARCELA CORONEL

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **10-MAR-1989**
ZETAQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.59 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

30-JUL-2007 TAURAMENA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-4685000-01030410-F-1115912110-20180919 0062654818A 1 9905765299

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

El suscrito contratista, identificado como aparece al pie de mi firma, manifiesto en forma libre y voluntaria, de manera unilateral, en mi propio nombre y en el del personal que, de acuerdo con el objeto contractual, llegue a vincular para su ejecución, así como en cumplimiento de los términos establecidos para el desarrollo del siguiente objeto contractual:
APOYAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES QUE INTEGRAN EL SUB-PROCESO DE FACTURACION MEDIANTE LA EJECUCION DE ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL PROCESO DE GLOSAS

Me comprometo a cumplir con el COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD frente al proceso de contratación a ejecutar.

Reconozco que es mi responsabilidad guardar estricta reserva sobre la información confidencial, clasificada o reservada a la cual tenga acceso o conocimiento durante el desarrollo del proceso contractual.

En caso de contar con personal vinculado para la ejecución del contrato, me comprometo a impartir las instrucciones necesarias para que se dé cumplimiento riguroso al presente compromiso de confidencialidad, garantizando que dichos terceros no divulguen, publiquen, comuniquen ni revelen información confidencial a funcionarios o personas no autorizadas para recibirla.

Me comprometo a actuar con la mayor diligencia en la custodia, uso y tratamiento de la información confidencial, absteniéndome de entregar dicha información, incluso a funcionarios de la entidad, que no cuenten con la debida autorización. En todo caso, dicha entrega solo podrá efectuarse mediante autorización previa, expresa y por escrito del titular de la información o de la persona responsable de la Seguridad de la Información en la entidad.

Me comprometo también a no publicar información alguna por medios de comunicación electrónicos, digitales o físicos que permita el acceso de terceros no autorizados a información confidencial, clasificada o reservada de la institución.

En caso de incumplimiento, acepto asumir la responsabilidad individual o solidaria por cualquier trasgresión que se derive de mi actuar o del actuar de las personas vinculadas para la ejecución del contrato, incluyendo la obligación de resarcir o indemnizar civil, penal y administrativamente a la E.S.E Hospital Local de Tauramena por los daños ocasionados, hasta el restablecimiento pleno de su situación jurídica.

El presente Compromiso de Confidencialidad, así como las obligaciones derivadas del mismo, permanecerán vigentes aún después de finalizado el vínculo contractual, conforme a lo establecido en la Ley 1474 de 2011 (Estatuto Anticorrupción) y atendiendo a la naturaleza sensible de la información que maneja la entidad, sin límite de tiempo.

Firma del contratista: DIANA MARCELA CORONEL

Nombre completo: DIANA MARCELA CORONEL RODRIGUEZ

Tipo y número de identificación: C.C. 1.115.912.110

Ciudad y Fecha: 17 DE SEPTIEMBRE 2026

FORMATO DE COMPROMISO DE ANTICORRUPCIÓN

Información General

Nombre completo: DIANA MARCELA CORONEL RODRIGUEZ

Tipo y Número de identificación: C.C. 1.115.912.110

Dirección: VEREDA ACEITE ALTO

Teléfono: 3174326054

Correo electrónico: dmcoronelr@gmail.com

Objeto del contrato: APOYAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES QUE INTEGRAN EL SUB-PROCESO DE FACTURACION MEDIANTE LA EJECUCION DE ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL PROCESO DE GLOSAS, EN EL MARCO DE LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA E.S.E. HOSPITAL

COMPROMISO DE ANTICORRUPCIÓN

El suscrito, en calidad de Contratista, manifiesto libre y voluntariamente que:

1. Reconozco y respaldo el compromiso del Estado colombiano y de la E.S.E Hospital Local de Tauramena con la transparencia, la probidad y la lucha contra la corrupción en todos los procesos contractuales.

2. Me comprometo a apoyar y respetar las acciones y políticas institucionales orientadas al fortalecimiento de la transparencia, la legalidad, y el ejercicio efectivo del control social y de la rendición de cuentas en el marco del presente proceso contractual.

3. Declaro que no he ofrecido, ni ofreceré, ni entregaré dádivas, sobornos, favores, regalos, pagos en especie, invitaciones, ni ningún otro tipo de incentivo indebido a funcionarios públicos o a terceros relacionados con el proceso de contratación, con la finalidad de influir de manera ilegítima en el desarrollo del mismo o en la ejecución del contrato.

4. Me abstendré de realizar cualquier acuerdo, pacto o conducta que conlleve colusión, reparto, manipulación o alteración indebida de las condiciones del proceso de selección, así como de cualquier práctica que atente contra la libre y sana competencia.

5. Declaro que mis actuaciones se rigen por los principios de ética, legalidad, integridad y buena fe, y que no se ha incurrido ni se incurrirá en ninguna conducta que comprometa la legalidad del proceso o del eventual contrato derivado del mismo.

6. Acepto que, en caso de incurrir en cualquiera de las conductas anteriormente descritas, asumiré las consecuencias administrativas, contractuales, civiles y penales que se deriven, conforme a lo dispuesto por la legislación colombiana vigente, en especial lo previsto en la Ley 1474 de 2011, el Código Penal, y demás normas aplicables en materia de lucha contra la corrupción.

En constancia de lo anterior, firmo el presente compromiso de manera voluntaria.

Nombres y apellidos: DIANA MARCELA CORONEL RODRIGUEZ

Firma: DIANA MARCELA CORONEL

C.C. / NIT: 1.115.912.110

Lugar y fecha: 17-09-2026

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

El suscrito contratista, en cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, manifiesto que he sido informado por parte de la E.S.E Hospital Local de Tauramena, sobre lo siguiente:

1. Que la E.S.E Hospital Local de Tauramena, en calidad de responsable del Tratamiento de mis datos podrá recolectar, almacenar y usar mis datos personales de los cuales soy titular, conforme a su Política de Tratamiento de Datos Personales de la entidad y normatividad aplicable.

2. Que es de carácter facultativo o voluntario responder preguntas sobre datos sensibles o sobre menores de edad.

3. Que como titular de los datos personales tengo derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de los mismos.

4. Que dichos derechos podrán ser ejercidos a través de los canales dispuestos por la E.S.E Hospital Local de Tauramena, y de conformidad con lo establecido en su Política de Tratamiento de Datos Personales.

5. Que cualquier requerimiento relacionado con el tratamiento de mis datos personales podrá ser radicado a través del correo electrónico: esehospitaltauramena@esehospital-tauramena-casanare.gov.co.

6. Que la E.S.E Hospital Local de Tauramena garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos personales.

7. Que la E.S.E se reserva el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, informando y publicando oportunamente dichos cambios en su página web.

Por lo anterior, AUTORIZO de manera voluntaria, previa, expresa, informada e inequívoca a la Empresa Social del Estado Hospital Local de Tauramena, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales, para los fines relacionados con su objeto social, y en especial para los fines legales, contractuales y misionales descritos en dicha política.

Declaro que la información suministrada es verídica y ha sido entregada de manera voluntaria.

Firma del contratista: DIANA MARCELA CORONEL

Nombre completo: DIANA MARCELA CORONEL RODRIGUEZ

Tipo y número de identificación: C.C. 1115 912 770

Fecha: 17 - 09 - 2026

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14800784121

(415)7707212489984(8020) 000001480078412 1

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

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 1 1 5 9 1 2 1 1 0	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Casanare 8 5	Tauramena 4 1 0

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CORONEL	RODRIGUEZ	DIANA	MARCELA

35. Razón social

36. Nombre comercial | 37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Casanare 8 5	Tauramena 4 1 0

41. Dirección principal: CL 17 A # 7 64

42. Correo electrónico: dmcoronelr@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
8 5 4 0 3 0	3 1 7 4 3 2 6 0 5 4	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 2 1 1	2 0 2 1 1 1 1 6							

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 2 0																									

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021-12-15 / 07:09:15PM

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 CORONEL RODRIGUEZ DIANA MARCELA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIANA MARCELA CORONEL

La República de Colombia
y en su nombre el

Centro De Estudios e Investigación Vida "CEVIDA"

Con reconocimiento Oficial # 0664 Abril 18 de 2007

de La Secretaría de Educación Departamental de Casanare

Confiere a:

Diana Marcela Coronel Rodriguez

C.C 1.115.812.110 de Tauramena (Casanare)

El Título de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica, según los planes y programas vigentes

Rector

Secretaria

Dado en Yopal a los 26 días del mes de noviembre de 2010

Anotado al folio 059 Libro de Registro No. 02

CEVIDA

CEVIDA
CENTRO DE ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN VIDA

Aprobado con Reconocimiento Oficial
0664 de Abril 18 de 2007, S.E.D. Casanare

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

CODIGO DANE: 385001004319
CODIGO ICFES: 141911

En el municipio de Yopal, a los 26 (veintiseis) días del mes de Noviembre del año 2010 (dos mil diez), se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes del último grado; los suscritos Rector y Secretaria del CENTRO DE ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN VIDA – "CEVIDA", institución aprobada en los niveles de Educación Básica y Media Académica, para otorgar el título de BACHILLER en la modalidad de BACHILLER ACADÉMICO, según Reconocimiento Oficial N° 0664 de Abril 18 de 2007, emanado de la Secretaría de Educación Departamental de Casanare.
Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el título de BACHILLER ACADÉMICO, a los graduandos cuyos nombres, apellidos y número de identificación se relacionan a continuación:

Diana Marcela Coronel Rodriguez
C.C 1.115.012.110 de Tauramena (Casanare)

Es fiel copia del acta original general N° 022 de fecha 26 (veintiseis) de Noviembre de 2010 (dos mil diez) que consta de 173 (ciento setenta y tres) estudiantes, que comienza con el nombre de:

ACOSTA MEDINA FRANCY JULIET
Y cierra con el nombre de
ZAMBRANO ADAME JOSUE AKINDELBER

Dada en Yopal a los 26 (Veintiseis) días del mes de Noviembre de 2010 (dos mil diez).

Se firma por quienes intervinieron, en cumplimiento de lo ordenado en artículo 27 del Decreto 3011 de Diciembre 19/1997

Firmado y sellado por:

Rector

Secretaria

DIANA MARCELA CORONEL

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que

DIANA MARCELA CORONEL RODRIGUEZ

Con Cedula de Ciudadania No. 1.115.912.110

Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad, le confiere el

Título de

TÉCNICO EN

APOYO ADMINISTRATIVO EN SALUD

En testimonio de lo anterior, se firma el presente Título en Tauramena, a los veintidos (22) días del mes de agosto de dos mil diecisiete (2017)

Firmado Digitalmente por
JOHANA ASTRID MEDINA PEÑA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogota - Colombia

JOHANA ASTRID MEDINA PEÑA
DIRECTORA REGIONAL GRADO 04 CENTRO AGROINDUSTRIAL Y FORTALECIMIENTO EMPRESARIAL DE CASANARE
REGIONAL CASANARE

29457396 - 22/08/2017
No y FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número [illegible]

Tauramena, Agosto 27 de 2025

LA SUBGERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA

HACE CONSTAR:

Que una vez revisado el Archivo Histórico de esta entidad reposa documentación en la cual consta que **DIANA MARCELA CORONEL RODRIGUEZ** Identificada con Cédula de Ciudadania No. 1.115.912.110 de Tauramena, ejecuta Contrato de Prestación de Servicios Profesionales, que se relacionan a continuación:

CLASE DE ORDEN	FECHA	OBJETO	PLAZO DEL CONTRATO
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION No 090	MARZO 04 DE 2022	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS PARA LA RESOLUCION DE GLOSAS, OBJECCIONES Y DEVOLUCIONES APLICADAS A LAS CUENTAS MEDICAS PROFERIDAS POR LOS DIFERENTES AGENTES RESPONSABLES DE PAGO DERIVADAS DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD QUE EJECUTA LA E.S.E HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA.	6 MESES
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION No. 169	SEPTIEMBRE 12 DE 2022	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS PARA LA RESOLUCIÓN DE GLOSAS, OBJECIONES Y DEVOLUCIONES APLICADAS A LAS CUENTAS MEDICAS PROFERIDAS POR LOS DIFERENTES AGENTES RESPONSABLES DE PAGO DERIVADAS DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD QUE EJECUTA LA E.S.E HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA.	3 MESES Y 19 DIAS CALENDARIO
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION No. 022	ENERO 20 DE 2023	APOYAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONESQUE INTEGRAN EL SUB-PROCESO DE FACTURACION CON LA EJECUCION DE ACTIVIDADES DEL PROCESO DE GLOSAS EN EL MARCO DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD, DENTRO DEL PLAN DE GESTON: "MAS SALUD, ES EQUIDAD; UN HOSPITAL QUE NOS UNE" 2020-2024 DE LA ESE HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA.	4 MESES Y 30 DIAS CALENDARIO
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION No. 175	JUNIO 26 DE 2023	APOYAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIOINES QUE INTEGRAN EL SUB-PROCESO DE FACTURACION CON LA EJECUCION DE ACTIVIDADES DEL PROCESO DE GLOSAS EN EL MARCO DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD DENTRO DEL PLAN DE GESTION MAS SALUD ES EQUIDAD UN HOSPITAL QUE NOS UNE 2020-2024 DE LA ESE HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA.	5 MESES Y 27 DIAS CALENDARIO
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION No. 060	FEBRERO 01 DE 2024	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS PARA EJECUTAR ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA RESOLUCION DE GLOSAS Y OBJECCIONES DERIVADO DEL PROCEDIMIENTO DE FACTURACION DE SERVICIOS DE SALUD A CARGO DE LA ESE HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA.	6 MESES
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION No. 276	AGOSTO 05 DE 2024	APOYAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES QUE INTEGRAN EL SUBPROCESO DE FACTURACION CON LA EJECUCION DE ACTIVIDADES DEL PROCESO DE GLOSAS EN EL MARCO DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD A CARGO DE LA ESE HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA.	4 MESES Y 23 DIAS CALENDARIO
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE	ENERO 28 DE 2025	APOYAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONDES QUE INTEGRAN EL SUB-PROCESO DE FACTURACION CON LA EJECUCION DE ACTIVIDADES DEL PROCESO DE GLOSAS	9 MESES

APOYO A LA GESTION No. 085		EN EL MARCO DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD DEL HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA	

Esta constancia se expide a solicitud de la interesada

YANETH ESPERANZA MORENO MORA
Subgerente

Clínica MEDICENTER
Para servirle

CERTIFICACION LABORAL

El suscrito coordinador administrativo y de talento humano de la Clínica Medicenter Ficubo S.A.S, identificada con NIT 900685235-8:

CERTIFICA

Que la señora **DIANA MARCELA CORONEL RODRIGUEZ** identificada con cedula de ciudadanía n° 1.115.912.110 expedida en Tauramena (Casanare), presto sus servicios en esta institución desde el diecisiete (17) de julio de dos mil diecisiete (2017) hasta el treinta y uno (31) de marzo de dos mil veintiuno (2021), mediante **CONTRATO DE TRABAJO A TERMINO INDEFINIDO,** desempeñando el cargo de **AUXILIAR DE FACTURACION** desde el (17) de julio de dos mil diecisiete (2017), hasta el (31) de enero de dos mil diecinueve (2019) y desde el (01) de febrero de dos mil diecinueve (2019) desempeño el cargo de **AUXILIAR DE CARTERA, GLOSAS Y DEVOLUCIONES**; devengando un salario básico mensual de UN **MILLON TRESCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SEIS PESOS CON 00 CTVOS ($1,386,606.0) M/CTE.**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, en la ciudad de Yopal, Departamento de Casanare, a los 31 días del mes de marzo de 2021.

NAYDUTH ESTHER GIL JIMENEZ

Gerente

Carrera 23 # 12-43 oficina 305 – teléfono (8) 6333130 – celular 3102853287

EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL DE LA ENTIDAD

SOSALUD S.A.S con Nit 830.134.195 – 4

Carrera 49A No. 85 A - 22 PATRIA Tel. 4759898/ 3209464311

HACE CONSTAR

Que **DIANA MARCELA CORONEL RODRIGUEZ,** identificada con cedula de ciudadanía **N° 1.115.912.110** Expedida en Tauramena, ha suscrito contratos de prestación de servicios con esta compañía, desde la vigencia 2021 en el desarrollo de actividades como **TECNICO AUDITOR DE CONCILIACIÓN DE GLOSAS, EN EL PROYECTO CAPRESOCA EPS,** como se relaciona a continuación:

DURACIÓN	VALOR MENSUAL	OBJETO
16/11/2021 AL 30/12/2021	$1.600.000	PRESTAR LOS SERVICIOS COMO TÉCNICO AUDITOR EN EL ÁREA DE AUDITORIA CUENTAS MEDICAS, PROCESO DE CONCILIACIÓN DE GLOSAS.
03/01/2022 AL 02/04/2022	$1.761.000	PRESTAR LOS SERVICIOS COMO TÉCNICO AUDITOR EN EL ÁREA DE AUDITORIA CUENTAS MEDICAS, PROCESO DE CONCILIACIÓN DE GLOSAS.

Se expide a solicitud de la interesada en Bogotá D.C., a los veintiocho (28) días del mes de febrero de dos mil veintidós (2022).

JUAN ERNESTO ROJANO RODRIGUEZ
REPRESENTANTE LEGAL SOSALUD S.A.S.
CC 80.082.558 de Bogotá
NIT: 830.134.195-4

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

DIANA MARCELA CORONEL RODRIGUEZ

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.115.912.110

Asistió al Curso de:

INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y LA INFANCIA IAMI INTEGRAL (IAMI)

Con una intensidad horaria de 45 Horas.

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE YOPAL A LOS 28 DÍAS DEL MES DE OCTUBRE DEL 2025.
VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL

Dancy Sidney Monje Perez
REPRESENTANTE LEGAL

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.
DECRETO 2188 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 780 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO ACADEMICO@IMAVES.COM, ESCANEAR EL CÓDIGO QR O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 321 489 9603

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifique:

DIANA MARCELA CORONEL RODRIGUEZ

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.115.912.110

Asistió al Curso de:

HUMANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD (HSS)

Con una intensidad horaria de 45 Horas.

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE YOPAL A LOS 28 DÍAS DEL MES DE OCTUBRE DEL 2025.
VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.

Carlos Andrés Losada Moñaca
GERENTE GENERAL

Dancy Sidney Monje Perez
REPRESENTANTE LEGAL

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 376 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO ACADEMICO@IMAVES.COM ESCANEAR EL CÓDIGO QR O COMUNÍQUESE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 321 405 9500

Carné Digital de Vacunación Colombia

Salud

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: e99c7308-27cb-4c33-b2a9-de0953570d9

Nombres y apellidos / Full name: DIANA MARCELA CORONEL RODRIGUEZ

Tipo de Identificación / ID Type: CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de Identificación / ID Number: 1 1 1 5 9 1 2 1 1 0

Fecha de nacimiento / Date of birth: 10/03/1989

País nacimiento / Country of birth: COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number: 3174326054

Correo electrónico / e-mail: coronel.jheraldin@lejomaco.edu.co

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination: Día / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
TD Adulto	Primera	15	03	2018		D2300	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SALUD YOPAL-HOSPITAL CENTRAL DE YOPAL	RUBY CONSUELO VILLA QUINTERO
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	15	03	2018		V50217017	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SALUD YOPAL-HOSPITAL CENTRAL DE YOPAL	RUBY CONSUELO VILLA QUINTERO
TdaP Acelular Gestante	Anual	25	05	2018		AC37B275AA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SALUD YOPAL-HOSPITAL CENTRAL DE YOPAL	VILMA DORIS RINCON CAMARGO
COVID SINOVAC	Primera	18	05	2021	Sinovac	C202103045	TAURAMENA ESE HOSPITAL LOCAL	ANA PARRALES
COVID SINOVAC	Segunda	15	06	2021	Sinovac	202104024K	TAURAMENA ESE HOSPITAL LOCAL	NIDIA ARIAS
COVID ASTRAZENECA	Primer Refuerzo	22	01	2022	Oxford-AstraZeneca	78038	TAURAMENA ESE HOSPITAL LOCAL	NIDIA ARIAS
Sarampión Rubéola	Adicional	29	11	2024	Serum	0122W108	TAURAMENA ESE HOSPITAL LOCAL	GLORIA HELENA SANCHEZ RONDON
Fiebre Amarilla	Única	18	02	2025	CHUMAKOV	324	TAURAMENA ESE HOSPITAL LOCAL	HERMES GONZALEZ CACHAY - CC9656141 - ACTIVO
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	01	09	2026	SEQIRUS	025526	TAURAMENA ESE HOSPITAL LOCAL	GLORIA HELENA SANCHEZ RONDON - CC23467755 - ACTIVO
TD Adulto	Segunda	15	09	2026	Serum	2334X006A	SERVICIOS MEDICOS DEL CASANARE SAS	NUBIA EDITH SANCHEZ PINEDA - CC1030525421 - ACTIVO

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información 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 Entidades Administradoras 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.

Este carné es válido en Colombia.
Podrá ser solicitado para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados, los cuales podrá consultar en la página oficial de la Secretaría de Salud de su entidad territorial.

Salud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Diana

Apellidos: Coronel Rodriquez

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

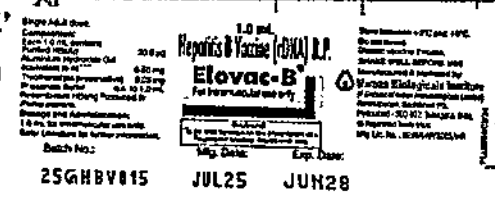
Número de documento: 1 1 1 5 9 1 2 1 1 0

Fecha de nacimiento: Día 1 0 Mes 0 3 Año 1 9 8 9

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única	29-11-24	D1221S168	Ruby villa
Fiebre Amarilla	Única	18-02-26	324 chimacar	Hermes G
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	16-03-18	D2300	Ruby villa
	2	15-09-26	2334X006A	Lebia Sanchez
	3	Cita		Aux. de Enfer de Vacunación
	4	15-03-2026.		Reg. 6592
	5			
TdaP acelular Una dosis por embarazo				
Hepatitis B	1	15-09-26	246HBV015	Nebia Sanchez
	2	Cita → 15-10-2026		
	3			

Sanchez
Enfer nem
ación
6592

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH Dos dosis en personas inmunosuprimidas	1			
	2			
Influenza estacional	Anual	01-07-26	025526	Gloria
	Anual			
Covid 19				



Hepatitis B Vaccine (rDNA) B.P.
Elovac-B
Batch No.: 25GHBV015 Mfg. Date: JUL25 Exp. Date: JUN28

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 302939426

PIB
08:19:08

Bogotá DC, 15 de septiembre 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) DIANA MARCELA CORONEL RODRIGUEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1115912110:

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.

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 martes 15 de septiembre de 2026, a las 08:22:01, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1115912110
Código de Verificación	1115912110260915082201

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:26:26 AM horas del 15/09/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1115912110**

Apellidos y Nombres: **CORONEL RODRIGUEZ DIANA MARCELA**

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

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

Consultar por:

CEDULA DE CIUDADANIA

Nº Identificación, Comparendo o Expediente:

1115912110

Fecha Expedición:

30/07/2007

Nueva Busqueda | Validar Policía

Preguntas Frecuentes (https://srvcnpc.policia.gov.co/multimedia/formatos/PREGUNTAS_FRECUENTES_CNSCC_RNMC.pdf)

Imprimir

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 15/09/2026 03:52:17 p. m. **el ciudadano con la Cedula de Ciudadania: 1115912110 de Nombre: CORONEL RODRIGUEZ DIANA MARCELA**

PRESENTA LOS SIGUIENTES REGISTROS:

Expediente	Formato	Id Infractor	Infractor	Id Custodio	Custodio	Nit	Razon Social	Id Representante	Repr
85-410-6-2024-53	002	1115912110	CORONEL RODRIGUEZ DIANA MARCELA			NO REPORTADO	NO REPORTADO	NO REPORTADO	NO RE

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana".

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 identificacion corresponda con el documento de identidad suministrado.

Advertencias:

1. Para presentar una petición, Queja, Reclamos y Sugerencia relaciona con esta consulta, puede hacerlo ante la autoridad de policía que impuso la medida correctiva, o de no ser posible, podrá hacerlo a través de las Oficinas de Atención al Ciudadano (OAC) que se encuentran ubicadas en las unidades policiales, direcciones, comandos de metropolitanas y departamentos de policía, o mediante la página web de la Institución www.policia.gov.co, mediante la pestaña de trámites y servicios al ciudadano y luego accediendo al link de Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias.
2. **Si el estado de la medida se encuentra en: "CERRADO" o "EN PROCESO" el presente documento NO genera las consecuencias por el no pago de multas descritas en el artículo 183 de la Ley 1801 de 2016.**
3. El reporte de la medida correctiva impuesta permanecerá para la consulta por parte de las autoridades de policía y entidades del Estado, por el lapso de un (01) año después de su cumplimiento (CERRADO), según Decreto 001284 del 31 de julio de 2017.
4. Si pasados seis meses a partir de la fecha de imposición de multa, hasta cuando el infractor no se ponga al día con el pago de la misma, se generan las consecuencias por el no pago descritas en el artículo 183 de la Ley 1801 de 2016, así:
    - Obtener o renovar permiso de tenencia o porte de armas.
    - Ser nombrado o ascendido en cargo público.
    - Ingresar a las escuelas de formación de la Fuerza Pública.
    - Contratar o renovar contrato con cualquier entidad del Estado.
    - Obtener o renovar el registro mercantil en las cámaras de comercio.
5. Es de responsabilidad del infractor acudir ante la autoridad de policía que impuso la medida correctiva para actualizar el estado de cumplimiento o no procedencia en el Registro Nacional de Medidas Correctivas.
6. Información extraída del Registro Nacional de Medidas Correctivas (artículo 184 de la Ley 1801 de 2016).

Detalle Comportamiento Contrario a la Convivencia

Número de Expediente:

85-410-6-2024-53

Artículo:

Art. 124 Comportamientos que ponen en riesgo la convivencia por la tenencia de animales

Numeral:

Num. 7 Tolerar, permitir o inducir por acción u omisión el que un animal ataque a una persona, a un animal o a bienes de terceros

Literal:

No aplica

Apelación:

NO

Localidad:

NO APLICA LOCALIDAD - COMUNA

Relato Hechos:

la ciudadana permite o tolera que su mascota tipo canino raza lobo siveriano ataque a otro animal tipo canino raza pincher causándole algunas heridas

Descargos:

0

Medidas Correctivas

Medida	Atribucion	Remitido a:	Direccion:	Estado
Multa General Tipo 4	INSPECTOR DE POLICÍA	INSPECCION DE POLICIA DE TAURAMENA	CL 5 14 34	EN PROCESO

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 1115912110 **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 15/09/2026 08:38 AM

Código Verificación: **BHF46MSRNJ**

Válida hasta: **15/12/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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 08:40:19 horas del 15/09/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1115912109,**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA**, con NIT **844001287-3** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) DIANA MARCELA CORONEL RODRIGUEZ identificado(a) con C.C No. 1.115.912.110, se encuentra afiliado(a) a Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 15 de septiembre del 2026.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.

C&R

Gerencia de cuentas y recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

capresoca
- Cuidamos para la Gente -
NIT. 891856000

El Yopal, martes 15 septiembre 2026

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

DIANA MARCELA CORONEL RODRIGUEZ identificado(a) con Cédula de Ciudadania No. 1115912110 se encuentra registrado(a) en **CAPRESOCA EPS** desde el 2016-04-26 en el regimén **Contributivo** por el municipio de Tauramena y su estado actual es **Activo.**

PROCESO MISIONAL DE ASEGURAMIENTO

PROCESOS AUTOMATICOS CAPRESOCA EPS
Proyecto

Si al verificar su información encuentra inconsistencias, por favor acercarse a las oficinas de CAPRESOCA EPS en la CLL 7 19 34 o comunicarse a los telefonos 6356363, linea de atención gratuita: 018000124456 para actualizar datos.

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1115912110		CORONEL RODRIGUEZ DIANA MARCELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	vereda aceite alto	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6247190	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-07	2026-07	618046957	9507351526	I	2026/08/05	2026/09/02	NEQUI	28	$553,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	1115912110	CORONEL RODRIGUEZ DIANA MARCELA	231001	30	$1,750,905	$280,200	EPSC25	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,750,905	$42,700	0	$0	$0
Total	Afiliados(1)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$6,000	$0	$286,200
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$280,200	$6,000	$0	$286,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$1,000	$0	$43,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$42,700	$1,000	$0	$43,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$4,700	$0	$223,600
CAPRESOCA	EPSC25	891,856,000	7	1	$218,900	$4,700	$0	$223,600
TOTAL				**1**	**$541,800**	**$11,700**	**$0**	**$553,500**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1115912110		CORONEL RODRIGUEZ DIANA MARCELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	vereda aceite alto	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6247190	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-07	2026-07	618046957	9507351526	I	2026/08/05	2026/09/02	NEQUI	28	$553,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC	1115912110	CORONEL RODRIGUEZ DIANA MARCELA	231001	30	$1,750,905	$280,200	EPSC25	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,750,905	$42,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$6,000	$0	$286,200
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$280,200	$6,000	$0	$286,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$1,000	$0	$43,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$42,700	$1,000	$0	$43,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$4,700	$0	$223,600
CAPRESOCA	EPSC25	891,856,000	7	1	$218,900	$4,700	$0	$223,600
TOTAL				1	$541,800	$11,700	$0	$553,500

COD	F-EO-01-FI
VERSION	3
FECHA	19-AGT-20

E.S.E HOSPITAL DE TAURAMENA
844001207
PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD
CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre de la empresa: HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA — Entidad en Misional: HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA
Ciudad: TAURAMENA - CASANARE
SECTOR EMPLEADA
FECHA: 28/10/2025 HORA: 15:32

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombres: DIANA MARCELA — Apellidos: CORONEL RODRIGUEZ — Nro Hijos: 3 — Edad: A036
CC: 1,115,912,110 Genero: Fem. — CARGO: TECNICO DE GLOSAS Y CONCI — F. nacimiento: 10/03/1989
Dirección: CALLE 13 #2-14 — Estrato: 1 — Teléfono: 3174326054 — ARL:
Eps: CAPRESOCA E.P.S. — RH: O + AFP:

TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL - REHUSA Examen Medico

PRE INGRESO	☒	PERIODICO	☐	EGRESO	☐	REUBICACIÓN	☐
BRIGADISTA	☐	POST INCAPACIDAD	☐	PRE VACACIONAL	☐	POST VACACIONAL	☐
VALORACIÓN MEDICA	☐	CAMBIO DE CARGO	☐				
REINTEGRO LABORAL	☐	OTRO	☐				

TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL - REHUSA Examen Medico

Examen Medico Ocupacional	SI	Optometria	SI	Audiometria	NO	Espirometria	NO	Osteomuscular	NO	Cardiovascular	NO
Alturas	NO	Laboratorios	NO	Cuadro Hematico	NO	Glicemia	NO	Parcial de Orina	NO	Perfil Lipidico	NO
Alcohol en saliva	NO	Manipu. en orina	NO	Cocaina en orina	NO	Creatinina	NO	Psicologia	NO	Manip. de alimentos	NO

Otros Examenes: 1. ☐ 2. ☐ 3. ☐

DIAGNOSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
Z723	PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA FALTA DE EJERCICIO FISICO
I868	VARICES EN OTROS SITIOS ESPECIFICADOS
K429	HERNIA UMBILICAL SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA
M419	ESCOLIOSIS, NO ESPECIFICADA

EXAMEN PERIODICO

Continua en su Cargo: SI ☐ NO ☐ — Debe ser reubicado: SI ☐ NO ☐
Se envia a su EPS para su valoracion: SI ☐ NO ☐ — Se envia a su ARP para seguimiento de caso: SI ☐ NO ☐

EXAMEN DE RETIRO

Debe ser valorado:

Enfermedad comun: SI ☐ NO ☐ — Estudio de E.P: SI ☐ NO ☐ — Estudio de A.T.E.P: SI ☐ NO ☐
Ingreso al PVE: SI ☒ NO ☐ — Cúal: ERGONOMICO

EXAMEN REINTEGRO	
EXAMEN PRE-INGRESO	ESTÁ EN CONDICIONES PARA EJERCER EL CARGO CON PATOLOGÍA APARENTE
EXAMEN PERIODICO	
EXAMEN EGRESO	

SE AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA

APTO PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS	SI	☐	NO	☐	NO APLICA	☒
APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS	SI	☐	NO	☐	NO APLICA	☒
APTO PARA LABORAR EN ALTURAS	SI	☐	NO	☐	NO APLICA	☒
APTO PARA MANIPULAR CARGAS	SI	☐	NO	☐	NO APLICA	☒
APTO PARA TRABAJAR COMO BRIGADISTA	SI	☐	NO	☐	NO APLICA	☒
APTO PARA TRABAJAR EN EXCAVACION	SI	☐	NO	☐	NO APLICA	☒
APTO PARA TRABAJAR CON TENSION	SI	☐	NO	☐	NO APLICA	☒
APTO PARA TRABAJAR CON TENSION ELECTRICA	SI	☐	NO	☐	NO APLICA	☒
APTO PARA CONDUCIR	SI	☐	NO	☐	NO APLICA	☒

NOTA: para trabajar en alturas es necesario previa verificacion de certificacion en alturas RESOLUCION 4272 DE 2021

TIPO DE RESTRICCIONES

Tipo de restricción	Condiciones, factores, funciones o agentes de riesgo asociados	Temporal	Permanente

RECOMENDACIONES

1. Uso de EPP

Uso bota puntera de acero	☐
Uso zapato de goma	☐
Uso camisa manga larga	☐
Uso de casco / gorra	☐
Protección auditiva doble	☐
Proteccion solar FP 100	☒
Uso gafas de protección	☒
Uso proteccion respiratoria	☐
Utilizar ayudas ergonomicas	☐

2. Cambios estilo de vida

Gimnasia laboral	☒		
Higiene postural	☒		
Dieta sin grasa	☒	Dieta sin azucar	☒
Bajar de peso	☐		
Suprimir cigarrillo	☐		
Reducir consumo de alcohol	☐		
Uso medidas anti varices	☐		
Control TA	☐		
Control periodico ocupacional	☒		

3. Capacitación

Capacitar trabajos en alturas y/o espacios confinados	☐
Inducción puesto de trabajo	☒
Pausas activas c/2h	☒
Adecuada manipulación de cargas hasta 5-10-15-20 KL	☒
S.S RX Torax	☐
S.S RX C L S	☐
EMG+VMC MM SS	☐

Hora de Entrega 16:06

Powered by CamScanner

E.S.E HOSPITAL DE TAURAMENA 844001287 PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL	COD	F-EO-01-FI
	VERSION	3
	FECHA	19-AGT-20

OBSERVACIONES

REVISAR ESQUEMAS DE VACUNACION NO PRESENTA CARNE EN EL MOMENTO, EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO, POSTURAS ERGONOMICAS ADECUADAS, HIGIENOS HABITOS DE HIGIENE POSTURAL, NO POSTURAS SEDENTES REALIZAR EJERCICIO MINIMO 3 VECES POR SEMANA ALTERNAR POSTURAS, PRECAUCION CON LA REALIZACION DE FUERZAS Y LEVANTAMIENTO DE CARGAS NO LEVANTAR MAS DE 12.5 KG EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO DE PARED ABDOMINAL Y UMBILICAL, USAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGUN PERFIL DEL CARGO, CAPACITACION EN HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS RIESGO BIOMECANICO

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo de la manera voluntaria a realizar en mi el examen medico y/o pruebas [especificar] complementarias [especificar] que sean ordenadas por el medico especialista en salud ocupacional. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, alcances y consecuencias de no realizarlo. He evaluado la información suministrada y puedo tomar la decisión libremente. Entiendo que la realización de estas [pruebas] es voluntaria y que tengo la libertad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realice dicho examen. La divulgación de los resultados que tomara Salud Ocupacional de E.S.E HOSPITAL DE TAURAMENA para proteger la especialidad de mi profesión. Los resultados serán por escrito y en sobre cerrado dirigido a Salud Ocupacional de E.S.E HOSPITAL DE TAURAMENA para que entregado a las personas a quien les corresponda de mis empleadores. Los resultados serán entregados en sobre cerrado y con mi autorización. Acepto a Salud Ocupacional de E.S.E HOSPITAL DE TAURAMENA y para los mismos fines anteriormente mencionados que la información suministrada en este documento, sea el base complementaria del Programa de