San Vicente del Caguán, 1 de septiembre de 2026.

Doctor:
EDWAR ANDRES RIOS ZUNCE
Gerente
E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL

REF: **PROPUESTA DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES.**

YO LENIN YINESA BASANTE MUÑOZ identificada con cedula de ciudadanía **No. 1088.320.706** de Pereira de 18 de septiembre de 2012 complace en ofrecer sus servicios de prestación de servicio profesionales como enfermera en cumplimiento al plan de intervenciones colectivas PIC municipal de la E.S.E. Hospital San Rafael por un valor de honorarios mensuales de $4.000.000, en donde desarrollare las siguientes actividades:

ACTIVIDADES:

1. Ejecutar un encuentro educativo dirigido a las parteras del municipio para fortalecer la red municipal y brindar pautas de cuidado a mujeres gestantes.
2. Aplicar instrumento de caracterización para evaluar condiciones locativas y sociales.
3. Educar sobre signos de alarma en gestantes y ruta materno-perinatal municipal.
4. Realizar seguimiento a los casos reportados por cada partera.
5. Articular con los programas de la E.S.E. servicios complementarios a ofertar a la comunidad.

Anexo a la presente propuesta mi hoja de vida, con los soportes correspondientes, que dan cuenta de la idoneidad académica y profesional para el desarrollo de las actividades mencionadas.

Atentamente;

Yinesa B.

Nombre completo: LENIN YINESA BASANTE MUÑOZ
C.C. 1.088.320.706
Del 18 de septiembre del 2012

FORMATO COMPLETO

Libertad y Orden

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Basante	Muñoz	Lenin Yinesa

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1088320706	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 11 MES 03 AÑO 1994	CALLE 9A - 01 24 CASA			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	CAQUETÁ
DEPTO	NARIÑO	MUNICIPIO	FLORENCIA		
MUNICIPIO	PASTO	TELÉFONO	3187616430	EMAIL	yinesa11@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

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

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
POSTGRADO	3	X		MAESTRIA EN EPIDEMIOLOGIA	05	2023	
PREGRADO	8	X		ENFERMERIA	12	2016	1088320706

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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 COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
FUNDACION PESES PARA SU BIENESTAR	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	80	X		SVB/BLS-SVCA/ACLS Para profesionales de salud	12	2025
FUNDACION PESES PARA SU BIENESTAR	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	60	X		COSTANCIA DE ASISTENCIA EN FORMACION PARA LA ATENCION A VICTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUIMICOS	11	2025
FUNDACION PESES PARA SU BIENESTAR	EDUCACIÓN INFORMAL	40	X		FORMACION SOBRE EL PROCESO DE VACUNACION COVID-19	11	2025
FUNDACION PESES PARA SU BIENESTAR	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	45	X		CONSTANCIA EN FORMACION PARA LA GESTION DEL DUELO	10	2025
FUNDACION PESES	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	60	X		PROTECCION ESPECIFICA Y DETENCION TEMPRANA	08	2025
ORGANIZACION PANAMERICADA DE SALUD	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	20	X		RESPUESTA RAPIDA A BROTES DE SARAMPION Y RUBEOLA EN LAS AMERICAS	08	2025
ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	10	X		MANEJO DE LAS COMPLICACION OBSTETRICAS DE LA EMERGENCIA	08	2025
OORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	10	X		BROTE DE SARAMPION EN LA ERA DE POSEILIMINACION:ESTUDIO DE CASO	08	2025
ORGANIZACION PANAMERICANA DE SALUD	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	20	X		DIAGNOSTICO Y MANEJO CLINICO DEL DENGUE	08	2025
FUNDACION PESES PARA SU BIENESTAR	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	35	X		CERTIFICADO CONTROL PRENATAL	08	2025

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
FUNDACION PESES PARA SU BIENESTAR	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	80	X		MANEJO D EPRUEBAS EN PUNTO DE ATENCION (POCT)	08	2025
FUNDACION PESES PARA SU BIENESTAR	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	100	X		ATENCION PREHOSPITALARIA AMBULANCIA	07	2025
FUNDACION PECES PARA SU BIENESTAR	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	45	X		FORMACION DE TOMA DE CITOLOGIAS	07	2025
FUNDACION PESES PARA SU BIENESTAR	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		Toma, transporte e interpretacion de muestras de labortorio clinico	05	2025
FUNDACION PESES PARA SU BIENESTAR	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	45	X		Abordaje integral en salud de paciente victima de violencia sexual	03	2025
FUNDACION PESES PARA SU BIENESTAR	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	45	X		FORMACION PARA ADMINISTRAR INMUNOBIOLOGICOS PAI	03	2025
FUNACION PESES PARA SU BIENESTAR	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	110	X		FORMACION EN TRIAGE Y URGENCIAS	01	2025
AREANDINA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	140	X		ATENCION AL PACIENTE EN ESTADO CRITICO	01	2017

4 IDIOMAS

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

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

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

5 GERENCIA PUBLICA

LOGRO Y MANEJO DE RECURSOS

¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?:	Nombre de la Entidad / Organización:	¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?:
	HOSPITAL REGIONAL MARIA INMACULADA - FLORENCIA	
Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos:	Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos:	Describa un logro sobresaliente de su gestión:
¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?:	Nombre de la Entidad / Organización:	¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?:
	HOSITPAL MARIA INMACULADA	
Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos:	Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos:	Describa un logro sobresaliente de su gestión:
¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?:	Nombre de la Entidad / Organización:	¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?:
	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA	
Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos:	Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos:	Describa un logro sobresaliente de su gestión:
¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?:	Nombre de la Entidad / Organización:	¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?:
	CLINICA MEDILASER S.A	
Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos:	Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos:	Describa un logro sobresaliente de su gestión:
¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?:	Nombre de la Entidad / Organización:	¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?:
	UROCAQ	
Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos:	Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos:	Describa un logro sobresaliente de su gestión:

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?:	Nombre de la Entidad / Organización:	¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?:
	FABIO JARAMILLO LONDOÑO	
Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos:	Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos:	Describa un logro sobresaliente de su gestión:
¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?:	Nombre de la Entidad / Organización:	¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?:
	HOSPITAL SAN RAFAEL -- SAN VICENTE DEL CAGUAN, CAQUETA	
Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos:	Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos:	Describa un logro sobresaliente de su gestión:
¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?:	Nombre de la Entidad / Organización:	¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?:
	GOBERNACION DE CAQUETA	
Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos:	Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos:	Describa un logro sobresaliente de su gestión:
¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?:	Nombre de la Entidad / Organización:	¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?:
	ESE HOSPITAL MALVINAS HECTOR OROZCO OROZCO - FLORENCIA	
Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos:	Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos:	Describa un logro sobresaliente de su gestión:
¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?:	Nombre de la Entidad / Organización:	¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?:
	ESE HOSPITAL MALVINAS HECTOR OROZCO OROZCO - FLORENCIA	
Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos:	Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos:	Describa un logro sobresaliente de su gestión:

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?:	Nombre de la Entidad / Organización:	¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?:
	HOSPITAL REGIONAL MARIA INMACULADA - FLORENCIA	
Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos:	Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos:	Describa un logro sobresaliente de su gestión:
¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?:	Nombre de la Entidad / Organización:	¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?:
	HOSPITAL REGIONAL MARIA INMACULADA - FLORENCIA	
Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos:	Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos:	Describa un logro sobresaliente de su gestión:
¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?:	Nombre de la Entidad / Organización:	¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?:
	HOSPITAL REGIONAL MARIA INMACULADA - FLORENCIA	
Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos:	Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos:	Describa un logro sobresaliente de su gestión:
¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?:	Nombre de la Entidad / Organización:	¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?:
	HOSPITAL REGIONAL MARIA INMACULADA - FLORENCIA	
Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos:	Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos:	Describa un logro sobresaliente de su gestión:

EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO

Nombre de la Entidad / Organización:	Cargo en Entidad Pública:						
HOSPITAL REGIONAL MARIA INMACULADA - FLORENCIA							
Calificación Obtenida:	Escala de Calificación:	Fecha Inicio:			Fecha Fin:		
		Dia	Mes	Año	Dia	Mes	Año
Nombre de la Entidad / Organización:	Cargo en Entidad Pública:						
HOSPITAL REGIONAL MARIA INMACULADA - FLORENCIA							
Calificación Obtenida:	Escala de Calificación:	Fecha Inicio:			Fecha Fin:		
		Dia	Mes	Año	Dia	Mes	Año

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Nombre de la Entidad / Organización:	Cargo en Entidad Pública:						
HOSPITAL REGIONAL MARIA INMACULADA - FLORENCIA							
Calificación Obtenida:	Escala de Calificación:	Fecha Inicio:			Fecha Fin:		
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

Nombre de la Entidad / Organización:	Cargo en Entidad Pública:						
CLINICA MEDILASER S.A							
Calificación Obtenida:	Escala de Calificación:	Fecha Inicio:			Fecha Fin:		
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

Nombre de la Entidad / Organización:	Cargo en Entidad Pública:						
UROCAQ							
Calificación Obtenida:	Escala de Calificación:	Fecha Inicio:			Fecha Fin:		
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

Nombre de la Entidad / Organización:	Cargo en Entidad Pública:						
ESE HOSPITAL MALVINAS HECTOR OROZCO OROZCO - FLORENCIA							
Calificación Obtenida:	Escala de Calificación:	Fecha Inicio:			Fecha Fin:		
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

Nombre de la Entidad / Organización:	Cargo en Entidad Pública:						
HOSPITAL SAN RAFAEL -- SAN VICENTE DEL CAGUAN, CAQUETA							
Calificación Obtenida:	Escala de Calificación:	Fecha Inicio:			Fecha Fin:		
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

Nombre de la Entidad / Organización:	Cargo en Entidad Pública:						
ESE HOSPITAL MALVINAS HECTOR OROZCO OROZCO - FLORENCIA							
Calificación Obtenida:	Escala de Calificación:	Fecha Inicio:			Fecha Fin:		
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

Nombre de la Entidad / Organización:	Cargo en Entidad Pública:						
HOSPITAL REGIONAL MARIA INMACULADA - FLORENCIA							
Calificación Obtenida:	Escala de Calificación:	Fecha Inicio:			Fecha Fin:		
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Nombre de la Entidad / Organización:	Cargo en Entidad Pública:							
HOSPITAL REGIONAL MARIA INMACULADA - FLORENCIA								
Calificación Obtenida:	Escala de Calificación:	Fecha Inicio:			Fecha Fin:			
		Dia	Mes	Año	Dia	Mes	Año	
Nombre de la Entidad / Organización:	Cargo en Entidad Pública:							
HOSPITAL REGIONAL MARIA INMACULADA - FLORENCIA								
Calificación Obtenida:	Escala de Calificación:	Fecha Inicio:			Fecha Fin:			
		Dia	Mes	Año	Dia	Mes	Año	
Nombre de la Entidad / Organización:	Cargo en Entidad Pública:							
HOSPITAL REGIONAL MARIA INMACULADA - FLORENCIA								
Calificación Obtenida:	Escala de Calificación:	Fecha Inicio:			Fecha Fin:			
		Dia	Mes	Año	Dia	Mes	Año	

6 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 REGIONAL MARIA INMACULADA -FLORENCIA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CAQUETÁ	*MUNICIPIO* FLORENCIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3187616430	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	02	*Año*	2025	*Día*	20	*Mes*	03	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFEMERA PROFESIONAL	*DEPENDENCIA* ATENCION PRIMARIA EN SALUD APS						*DIRECCIÓN* AUTOPISTA 2A BIS A NORTE 12A 3 ESTE					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL REGIONAL MARIA INMACULADA -FLORENCIA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CAQUETÁ	*MUNICIPIO* FLORENCIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4366464	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	03	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL CARGO ENFERMERA PROFESIONAL	*DEPENDENCIA* APS						*DIRECCIÓN* DIAGONAL 6 BIS ESTE 1P					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL REGIONAL MARIA INMACULADA -FLORENCIA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CAQUETÁ	*MUNICIPIO* FLORENCIA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4366454	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	18	*Mes*	11	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL CARGO ENFERMERA PROFESIONAL	*DEPENDENCIA* ATENCION PRIMARIA EN SALUD APS						*DIRECCIÓN* DIAGONAL 20 27 29					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL REGIONAL MARIA INMACULADA -FLORENCIA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CAQUETÁ	*MUNICIPIO* FLORENCIA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	13	*Mes*	09	*Año*	2024	*Día*	27	*Mes*	10	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL CARGO ENFERMERA PROFESIONAL	*DEPENDENCIA* ATENCION PRIMARIA EN SALUD APS						*DIRECCIÓN* DIAGONAL 20 7 29					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL REGIONAL MARIA INMACULADA -FLORENCIA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CAQUETÁ	*MUNICIPIO* FLORENCIA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	06	*Mes*	07	*Año*	2024	*Día*	05	*Mes*	08	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL CARGO ENFERMERA PROFESIONAL	*DEPENDENCIA* ATENCION PRIMARIA EN SALUD-APS						*DIRECCIÓN* DIAGONAL 27 7 29					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL -- SAN VICENTE DEL CAGUAN, CAQUETA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CAQUETÁ	*MUNICIPIO* SAN VICENTE DEL CAGUÁN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 46441001	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	14	*Mes*	04	*Año*	2023	*Día*	13	*Mes*	10	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CARGO ENFERMERA PROFESIONAL	*DEPENDENCIA* APS						*DIRECCIÓN* CALLE 5 B ESTE 3G 38 ESTE					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MALVINAS HECTOR OROZCO OROZCO - FLORENCIA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CAQUETÁ	*MUNICIPIO* FLORENCIA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 430302	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	16	*Mes*	11	*Año*	2022	*Día*	15	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CARGO ENFERMERA PROFESIONAL	*DEPENDENCIA* AREA DE SALUD PUBLICA						*DIRECCIÓN* AVENIDA 5 B ESTE 2D 23 ESTE CONJUNTO					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FABIO JARAMILLO LONDOÑO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CAQUETÁ	*MUNICIPIO* FLORENCIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4345673	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	24	*Mes*	04	*Año*	2021	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA L5	*DEPENDENCIA* A TERMINO FIJO						*DIRECCIÓN*					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE CAQUETA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CAQUETÁ	*MUNICIPIO* FLORENCIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	20	*Mes*	04	*Año*	2020	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMIISTRACION						*DIRECCIÓN* Sin dirección					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA MEDILASER S.A			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4366000	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	11	*Mes*	06	*Año*	2019	*Día*	10	*Mes*	03	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL						*DIRECCIÓN* CALLE 6 14 A 55 BARRIO :juan XIII					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MALVINAS HECTOR OROZCO OROZCO - FLORENCIA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CAQUETÁ	*MUNICIPIO* FLORENCIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4352100	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	16	*Mes*	08	*Año*	2019	*Día*	15	*Mes*	12	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA PROFESIONA	*DEPENDENCIA* ACCIONES EN SALUD PUBLICA						*DIRECCIÓN*					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4366464	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	01	*Año*	2019	*Día*	23	*Mes*	01	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA						*DIRECCIÓN* DIAGONAL 20 7 29 Florencia					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD UROCAQ			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4351904	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	30	*Mes*	08	*Año*	2018	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA	*DEPENDENCIA* CONSULTA EXTERNA						*DIRECCIÓN* CARRERA 9 B 6 24					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4366464	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	02	*Año*	2017	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL						*DIRECCIÓN* DIAGONAL 20 N 7 29 Florencia					

7 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*					

8 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	1
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	2	3
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

9 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Yopal

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

10 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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.088.320.706**

BASANTE MUÑOZ

APELLIDOS

LENIN YINESA

NOMBRES

Yinesa B

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-MAR-1994**

PASTO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

18-SEP-2012 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2400100-00614693-F-1088320706-20140828 **0039**723348A 1 4562999416

Acta de Grado
Institución Educativa Albania

Calle 5ª Carrera 5ª Esquina Tel. 4303084
Albania – Caquetá

En el municipio de Albania Caquetá, a los tres (3) días del mes de diciembre del año 2010, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último grado; el Consejo Académico, el Rector y la Secretaria de la Institución Educativa Albania, jornada única, aprobada por la Secretaría de Educación Departamental de Caquetá, mediante el Decreto de conformación No. 000246 del 01 de julio de 2003.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Técnica, se procedió a otorgar el título de ***BACHILLER TÉCNICO COMERCIAL****, con énfasis en Gestión Comercial y de Negocios, al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:*

Lenin Yinesa Basante Muñoz

T.I No. 94031113410 de Albania Caquetá

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 046-10 de fecha 3 de diciembre de 2010, que consta de cuarenta y siete (47) alumnos graduandos, comenzando con el nombre de ERIKA ANDREA ALVARADO ZAMBRANO y terminando con el de KELLY YOHANA VALDERRAMA VALDERRAMA.

Firmada y sellada por Ricardo Núñez Montilla (Rector) y Madeleyne Flórez Barreto (Secretaria).

Dada en Albania Caquetá, a los tres (3) días del mes de diciembre del año dos mil diez (2010).

En constancia se firma la presente por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el Articulo 7º del Decreto 180 de 1981.

No requiere ser registrada en la Secretaría de Educación según Decreto No. 921 del 06 de mayo de 1.994

RICARDO NUÑEZ MONTILLA
CC. 17.628.230 de Florencia
Rector

MADELEYNE FLOREZ BARRETO
CC. 40.670.838 de Florencia
Secretaria

La República de Colombia
El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre la

Institución Educativa Albania

Albania - Caquetá

Aprobado por la Secretaría de Educación del Departamento de Caquetá mediante
Resolución No. 000441 del 12 de noviembre de 2008

Confiere a:

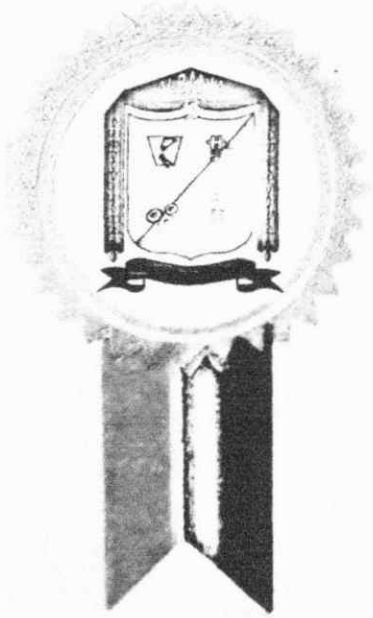
Lenin Yinesa Basante Muñoz

T.I. No. 94031113410 de Albania (Caquetá)

Certificado de estudios de

Educación Básica Secundaria

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Básica Secundaria, que lo habilita plenamente para ingresar a la Educación Media o al Servicio Especial de Educación Laboral



Decreto 1860 del 03 de agosto de 1.994, Artículo 11

Dado en Albania a 04 de diciembre de 2008

Ricardo Núñez Montilla
Rector

Madeleyne Florez Barreto
Secretaria

ACTA DE GRADO 282

Que, en el libro de Actas de la Fundación, se encuentra el ACTA DE GRADO No. 282. En Pereira (Risaralda) a los veintisiete (27) días del mes de enero de dos mil diecisiete (2017) siendo las once (11:00) de la mañana convocados por Resolución No. 03-17 de enero veintisiete (27) de 2017, se reunieron en el Salón Sapan del Hotel Pereira, el Rector Seccional, doctor EDGAR ORLANDO COTE ROJAS, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud, Doctora JACKELINE MARIN TAPIAS y la Secretaria General Seccional, doctora LORENA MARIA PEÑA FRANCO, para presidir ceremonia de grado de **LENIN YINESA BASANTE MUÑOZ,** identificado (a) con cédula de ciudadanía No. **1.088.320.706,** quien cursó y aprobó todas las materias comprendidas en el Pénsum y presentó PRÁCTICAS HOSPITALARIAS, cumpliendo en esta forma con los requisitos exigidos, haciéndose merecedor (a) a recibir el título de: **ENFERMERA,** el cual otorga la Fundación debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional y el Consejo Superior, mediante Resolución 11224 del 26 de agosto de 2013 y Resolución 3368 del 14 de marzo de 2014. Luego de haber tomado el juramento de rigor al graduando (a), prometió cumplir fielmente sus deberes para con la Patria y la Fundación, ejerciendo la profesión de acuerdo con las normas de la ética y moral profesional, se hizo la entrega del diploma. Acto seguido, el Rector Seccional, presentó su saludo en nombre de la Fundación. Agotado el Orden del Día, la Sesión se dio por terminada y se firmó el Acta por quienes en esta intervinieron.

Fdo. EDGAR ORLANDO COTE ROJAS	Rector Seccional
Fdo. JACKELINE MARIN TAPIAS	Decana Facultad de Ciencias de la Salud
Fdo. LORENA MARIA PEÑA FRANCO	Secretaria General Seccional

Es copia tomada de su original a los veintisiete (27) días del mes de enero de dos mil diecisiete (2017). Anotado en Libro 1 Folio 298 Registro 10199

LORENA MARIA PEÑA FRANCO
Secretaria General Seccional

República de Colombia

AREANDINA

Fundación Universitaria del Área Andina

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional,
teniendo en cuenta que:

LENIN YINESA BASANTE MUÑOZ

C.C. 1.088.320.706

Aprobó los estudios programados por la Fundación y cumplió los requisitos
exigidos por la Ley y los Reglamentos, le confiere el título de

ENFERMERA

En testimonio de los expuesto se expide el presente diploma que así lo acredita.

Rector

Secretario General

Decano

Libro 1 Folio 298 Registro 10199 Acta 282

Pereira, 27 de Enero de 2017

AREANDINA

Fundación Universitaria del Área Andina

ACTA DE GRADO No. 1000

En Bogotá D.C., el 31 de octubre de 2023 a las 09:00 horas, se reunieron:

JOSÉ LEONARDO VALENCIA MOLANO, Rector, Representante Legal, Carácter Nacional
PAOLA RUIZ DÍAZ, Decana Nacional de la Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte
MARÍA ANGÉLICA PACHECO CHICA, Secretaria General

Para presidir la ceremonia de graduación de:

LENIN YINESA BASANTE MUÑOZ

Identificada con C.C. No. 1088320706, quien cumplió con los requisitos exigidos por la ley y los Reglamentos de la Fundación Universitaria del Área Andina.

Por lo anterior, la Fundación Universitaria del Área Andina en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional, la Asamblea y el Consejo Superior, le otorgan el título de **MAGÍSTER EN EPIDEMIOLOGÍA** y proceden al registro de su diploma y acta de grado en el libro 3, folio 57, registro 31976.

En constancia se firma en la ciudad de Bogotá D.C., a los 31 días del mes octubre de 2023.

María Angélica Pacheco Chica
Secretaria General

República de Colombia

AREANDINA

Fundación Universitaria del Área Andina

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación DIC. 9-83

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional,
teniendo en cuenta que:

LENIN YINESA BASANTE MUÑOZ

C.C. Nº. 1088320706

Aprobó los estudios de formación avanzada, programados por la Fundación y cumplió los requisitos exigidos por la Ley y los reglamentos, le confiere el título de

MAGÍSTER EN EPIDEMIOLOGÍA

En testimonio de lo expuesto se expide el presente diploma que así lo acredita.
Bogotá D.C., el día 31 de Octubre de 2023

Rector

Secretaria General

Decano

Tomo 3 · Folio 57 · Registro 31976 · Acta No. 1000 · Fecha 31 de Octubre de 2023 ·

Código de Seguridad: 2728-AA-074931

Código Seguro de Verificación LCpd8BAEy9yeULL2

LA PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE CONTRATACION DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA

HACE CONSTAR:

Que el(a) señor(a), LENIN YINESA BASANTE MUÑOZ, identificada con Cédula de ciudadanía Número 1.088.320.706 expedida en Pereira, tuvo las siguientes vinculaciones por medio de Contratos de Prestación de Servicios suscritos teniendo en cuenta las siguientes novedades:

"PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA, PARA LLEVAR A CABO LAS ACTIVIDADES QUE DEBEN EJECUTAR LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD (EBS), EN EL TERRITORIO CONOCIDO COMO MATEGUADUA DEL MUNICIPIO DE LA MONTAÑITA, DENTRO DEL MARCO DEL CUMPLIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS)."

N° CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION
00695	01/03/2024	31/05/2024
01554	06/07/2024	05/08/2024
01670	13/09/2024	27/10/2024
02157	18/11/2024	31/12/2024
00709	01/02/2025	20/03/2025

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS:

No	Actividad	Meta Total	Meta Mensual	Entregable
1	Liderar los procesos de planeación de actividades del Equipo Básico de salud Territorial mediante la proyección y ejecución de cronogramas de actividades mensuales según los lineamientos establecidos por el Ministerio de salud.	Realización de 3 cronogramas, 3 constancias de consolidación de los cronogramas de trabajo de los EBS. 3 Constancias de los documento		• Cronograma de actividades • Plan de Trabajo del EBS. • Constancia de consolidación de cronogramas de trabajo de todos los miembros del equipo. (Mensual) • Evidencia del reporte de los planes y cronogramas a coordinación APS. • Constancia de cargue de los anteriores documentos al DRIVE habilitado para tal efecto.

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

		s anteriores.	
2	Realizar direccionamiento del personal técnico del equipo básico en salud para la realización de cargue de los pendientes y/o nuevas caracterizaciones que surjan en el proceso de operatividad de conformidad con los lineamientos del Ministerio. Igualmente realizar una revisión integral de las caracterizaciones aplicadas por los auxiliares de enfermería a cargo, con el fin de verificar la pertinencia de la información, la calidad del dato y efectuar el seguimiento de avance en los microterritorios, teniendo especial énfasis en los datos de las familias, datos individuales de las personas, situación en salud, resultados de los instrumentos aplicados como Familiograma, APGAR, ZARIT y Ecomapa. Entre otros criterios de la ficha de caracterización.	Según la necesidad del territorio y microterritorios asignados	• Informe ejecutivo que dé cuenta del proceso de revisión de los resultados de las caracterizaciones por cada auxiliar de enfermería a cargo y retroalimentación de los hallazgos evidenciados con el equipo. • Anexo Excel de Caracterizaciones Ajustadas en el aplicativo. • Pantallazo de evidencia del cargue de la información en la plataforma y caracterizaciones
3	Analizar y actualizar las caracterizaciones familiares de su Territorio Asignado, con el fin de priorizar a las familias (Clasificación de Riesgos) e identificar las condiciones de salud de los miembros de las familias con el fin de programar las acciones individuales (según resolución 3280/2018) y colectivas a desarrollar. Para ser plasmada en el PICP.	Indeterminado mínimo cantidad de familias certificadas por presidentes de junta de acción comunal.	• Plan integral de cuidado primario PICP individual, familiar y comunitario elaborado de forma individual • Reporte semanal de las canalizaciones y caracterizaciones realizadas por los auxiliares y los PICP (todos los lunes) de la semana anterior. • Reportar semanalmente la sabana de canalización. • Constancia de cargue de los anteriores documentos al DRIVE habilitado para tal efecto.
4	Realizar coordinación con los presidentes de las juntas de acción comunal y líderes comunitarios para el adecuado desarrollo de las intervenciones individuales y comunitarias en zonas rural (antes, durante y después) de la operatividad de la Resolución 1034 del 2024.	Por lo menos dos reuniones mensuales	• Evidencia de la concertación y/o planeación (oficios, WhatsApp, correos, etc.). • Certificado de permanencia. • Actas de socialización en los formatos establecidos por la institución. • Constancia de cargue de los anteriores documentos al DRIVE habilitado para tal efecto.

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

5	Realizar mapeo y cartografía social de los territorios de abordaje y de primer contacto con las comunidades de cada microterritorio.	Indeterminado Según necesidad	• Informe ejecutivo que detalle la actividad de mapeo, cartografía social abordaje en el microterritorio que incluya registro fotográfico y listas asistencia • Constancia de cargue de los anteriores documentos al DRIVE habilitado para tal efecto.
6	Direccionar a los auxiliares de enfermería del EBS, la obligatoriedad de reportar la EAPB, tipo de afiliación y portabilidad de cada uno de los usuarios en los microterritorios intervenidos.	Indeterminado Según necesidad	• Base de datos de usuarios con tipo información de EAPB, a través de un oficio radicado en la EAPB. • Evidencia del cargue al Drive.
7	Realizar el diligenciamiento de la matriz de canalización. Este debe incluir el seguimiento de los usuarios canalizados a los diferentes servicios de salud y/o segundo nivel de complejidad.	Reporte semanal	• Instrumento de canalización diligenciado y evaluado el cual debe ser reportado semanalmente y consolidado a final de mes a la Coordinación APS. • En el formato donde se establecen las observaciones se debe registrar el seguimiento con las fechas y las actividades realizadas a cada uno de los miembros de la familia. • Constancia de cargue de los anteriores documentos al DRIVE habilitado para tal efecto.
8	Gestionar la prestación de los servicios de salud individual, familiar y comunitario (promoción de la salud, educación, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos) de acuerdo con las necesidades identificadas en las caracterizaciones de los territorios, realizando la canalización a través de las diferentes modalidades aquellos casos ameriten (extramural, intramural, en prestador primario o complementario). Las intervenciones individuales estarán sujetas a las necesidades de atención requeridas en la población de zona asignada, de acuerdo a la ruta de promoción y mantenimiento de salud y ruta materno perinatal.	Reporte semanal	• Instrumento de canalización diligenciado, evaluando la efectividad y • Oficio a EAPB. • Constancia de cargue de los anteriores documentos al DRIVE habilitado para tal efecto.
9	Realizar seguimiento a los pendientes de entrega de medicamentos y/u otros procesos de salud que han sido asignados para su gestión.	Por lo menos realizar un seguimiento mensual.	• Oficio de solicitud de medicamentos a las EAPB. • Oficio de reporte de medicamentos pendientes, enviado al correo para poder realizar el seguimiento. • Hacer entrega de los medicamentos a la EAPB que no han sido entregados a los usuarios a más tardar en el transcurso de

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

			la semana una vez finalizada la intervención. • Constancia de cargue de los anteriores documentos al DRIVE habilitado para tal efecto.
10	Participar desde su perfil profesional y competencia de manejo de la enfermedad en la ejecución de las actividades de plan básico de cuidados familiar donde se aborde acciones de promoción de la salud según las Rutas de Atención Integral en Salud que define la Resolución 3280/2018 en la gestión de riesgos individuales con visitas casa a casa; así como la intervenciones colectivas.	40 visitas mensuales o proporcionales a tiempo laborado.	• Informe ejecutivo descriptivo de la ejecución de planes básicos de cuidados. • Registro fotográfico Mínimo 10 donde se evidencie fecha y hora • Instrumento seguimiento de canalización. • Instrumento de Plan Básico de Cuidados (uno por familia) con Seguimiento a intervenciones individuales, familiares y comunitarias. • Acta de verificación de cumplimiento de actividades del plan de cuidado y elaboración de planes de mejoramiento. • Certificado emitido por representantes de las JAC por micro territorio intervenido • Constancia de cargue de los anteriores documentos al DRIVE habilitado para tal efecto..
11	Realizar socialización de las brechas identificadas en la operatividad de los EBS con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios –EAPB, Entidad Municipales. Esto incluye temas como medicamentos, referencia y contra referencia, entre otros; se deberán socializar los resultados con las comunidades de los Territorios/Microterritorios.	Realizar una socialización mensual.	• Acta de Reunión • Listado de asistencia y registro fotográfico. • Informe ejecutivo que detalle la canalización efectiva. • Constancia de cargue de los anteriores documentos al DRIVE habilitado para tal efecto.
12	Identificar personas no afiliadas al sistema de salud y gestionar el trámite de afiliación.	Indeterminado Según necesidad	• Formulario de afiliación u oficio de solicitud de afiliación radicado. • Constancia de cargue de los anteriores documentos al DRIVE habilitado para tal efecto.
13	Inducir la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y en aquellos que ocasionen un alto impacto en salud pública.	Realizar tres mensuales o proporcionales a tiempo de labor	• Material educativo. • Charlas educativas en interés de salud pública, con fotografías y planillas de asistencia. • Constancia de cargue de los anteriores documentos al DRIVE habilitado para tal efecto.
14	Formular y actualizar permanentemente el plan integral de cuidado primario, individual familiar y comunitario con base en los resultados de la caracterización	Indeterminado según necesidad	• Diligenciar y actualizar en DRIVE, el plan integral de cuidado primario y evidencia del diligenciamiento • Informe ejecutivo y descriptivo.

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

	identificando y articulando las diferentes intervenciones a desarrollar en el sector salud y en otros sectores.		
15	Identificar las prioridades de respuesta individual, familiar y comunitaria por edad, sexo, genero, etnia, entre otras características pertinentes y por micro territorios asignados.	Realizar uno mensual.	• Diligenciar y actualizar en DRIVE, el plan integral de cuidado primario y evidencia del Informe ejecutivo descriptivo.
16	Gestionar el traslado a instituciones de salud de personas que requieren remisión urgente a partir de lo identificado en la atención de salud según necesidad.	Indeterminado Según necesidad	• Bitácora de Remisión • Constancia de cargue de los anteriores documentos al DRIVE habilitado para tal efecto
17	Brindar educación para la salud e información orientada a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma, y adopción de prácticas de sí mismo, de los demás y de su entorno.	Realizar 4 mensuales o proporcional a tiempo laborado.	• Cronograma de capacitaciones y el contenido de la charla educativa, • Lista de asistencia y registro fotográfico • Constancia de cargue de los anteriores documentos al DRIVE habilitado para tal efecto.
18	Apoyar los eventos de interés en salud publica decreto 3518/2006.	Indeterminado, según necesidad.	• Certificado de apoyo a jornadas de eventos de interés en salud pública. • Ficha de notificación • Evidencia de la articulación con el CS de pertinencia. Constancia de cargue de los anteriores documentos al DRIVE habilitado para tal efecto.
19	Realizar la pre critica de las fichas de notificación de los eventos de interés en salud publica identificados en la operatividad de los EBS.	Indeterminado Según necesidad	• Copia de fichas epidemiológicas SIVIGILA.
20	Articular y participar con la coordinación de PAI de la E.S.E en las jornadas de vacunación según lineamientos de orden departamental.	2 mensuales o de conformidad con tiempo laborado.	• Evidencia fotográfica • Registros de vacunación e informe de la jornada • Verificar el cargue a la plataforma PAIWEB. • Consolidar información de las vacunas aplicadas de cada uno de los usuarios según esquema de vacunación. • Constancia de cargue de los anteriores documentos al DRIVE habilitado para tal efecto.
21	Supervisar y reportar a la coordinación PAI de la E.S.E, la búsqueda activa de población susceptible de vacunación y las diferentes estrategias para aumentar coberturas de vacunación desde la educación en el Entorno Hogar.	Dos mensuales o proporcional a tiempo laborado.	• Instrumento de canalización digital • Oficio de reporte a coordinadora PAI, de pacientes referidos al programa • Constancia de cargue de los anteriores documentos al DRIVE habilitado para tal efecto.
22	Informar la oferta de servicios brindada por otros sectores en el	Una vez mensualme	• Evidencia de la Convocatoria

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

	territorio conforme a las prioridades y necesidades de la salud identificadas.	nte o por la fracción de tiempo laborado.	• Constancia de cargue al DRIVE habilitado para tal efecto.
23	Realizar seguimiento al acceso efectivo a los servicios de salud y servicios brindados por los otros sectores.	Una vez al mes o por la fracción de tiempo laborado.	• Instrumento de canalización, evaluado y actualizado. • Constancia de cargue de los anteriores documentos al DRIVE habilitado para tal efecto.
24	Realizar seguimiento a la digitalización del 100% de los instrumentos de caracterización familiar en la herramienta que definió el Ministerio de Salud y Protección Social, que son diligenciados de forma manual y/o en el aplicativo institucional.	3 veces al mes o por la fracción de tiempo laborado.	• Evidencia pantallazo del cargue de la información al aplicativo • Constancia de cargue al DRIVE habilitado para tal efecto.
25	Dar respuesta a requerimientos y/o solicitudes de los Entes de control como Ministerio de Salud y Protección Social, Supersalud, Secretaría de Salud Departamental y demás entidades, de acuerdo al objeto contractual.	Indeterminado Según necesidad	• Informe con todos los soportes. • Constancia de cargue al DRIVE habilitado para tal efecto.
26	Convocar, implementar y realizar seguimiento a espacios de participación social y popular por cada uno de los microterritorios abordados por el equipo.	Una vez mensualmente o por la fracción de tiempo laborado	• Evidencia de la Convocatoria y registro fotográfico • Constancia de cargue al DRIVE habilitado para tal efecto.
27	Coordinar las atenciones en salud desde las acciones de promoción y prevención de acuerdo al cuadro de disponibilidad en el puesto de salud identificado para el territorio asignado.	1 documento mensual por cada uno de los entregables.	• Formato de canalización diligenciado • Registro de atenciones en salud • Certificado o acta de permanencia firmada por el presidente de junta de acción comunal donde se encuentra el puesto de salud. • Territorios donde no haya puesto de salud debe ser certificado por el supervisor. • Cargue de historia clínica de procedimientos menores realizados • Constancia de cargue de los anteriores documentos al DRIVE habilitado para tal efecto.
28	Liderar las Jornadas de salud donde se aborde acciones de promoción de la salud según las Rutas de Atención Integral en Salud que defiene la Resolución 3280/2018, con el fin de brindar pautas de autocuidado en relación a las enfermedades transmisibles (PAI, EERD, ETV, ITS) y no transmisibles (Enfermedades	Según las actividades que se presenten.	• Informe descriptivo • Registro fotográfico Mínimo 5 donde se evidencie fecha y hora • Instrumento seguimiento de canalización. • Certificado de permanencia. • Listados de asistencia

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

	crónicas no transmisible, Hábitos y Estilos de vida Saludable, Salud Mental, Salud Nutricional, Maternidad Segura, Derechos Sexuales y Reproductivos, Enfermedades prevalentes en la primera infancia etc.). Incluye procesos de Canalización efectiva y articulación con las EAPB y actores institucionales presentes en el Municipio que contribuyan a solventar los Determinantes sociales en Salud.		• Constancia de cargue de los anteriores documentos al DRIVE habilitado para tal efecto.
29	Realizar la verificación de las historias clínicas para su digitalización en el sistema de información de la Institución de todas las atenciones realizadas en el área rural.	40 mensuales o por la fracción de tiempo laborado.	• Oficios radicados de entrega de historias clínicas a facturación, registro en Excel de las atenciones • Constancia de cargue al DRIVE habilitado para tal efecto.
30	Coordinar con los profesionales (Medico, odontólogo y psicólogo) la entrega de los soportes de las historias clínicas y de la relación de cada una de ellas radicando en facturación en cada centro de salud.	40 mensualmente o por la fracción de tiempo laborado.	• Entrega de soportes de las historias clínicas y oficios de radicación al servicio de facturación de cada centro de salud. • Constancia de cargue al DRIVE habilitado para tal efecto.
31	Velar por su buen estado y uso, así como realizar la devolución de los equipos biomédicos entregados por la institución al EBS una vez finalizado el periodo contractual. Este incluye, el certificado del buen uso y funcionamiento de los mismos.	Según la cantidad de equipos entregado, en todo caso deberá entregar el respectivo paz y salvo.	• Elementos físicos y paz y salvo firmado por el supervisor, con el visto bueno del coordinador de APS. • Constancia de cargue al DRIVE habilitado para tal efecto.
32	Informe final técnico, administrativo y financiero de toda la ejecución del contrato.	1 mensual o por la proporción de tiempo laborado	• Informe impreso con todas las evidencias y/o soportes, 1 a color y 1 a blanco y negro. • CD con el informe y los anexos. • Informe en PDF debidamente firmado. • Se debe entregar los cinco (5) primeros días de cada mes. • Constancia de cargue de los anteriores documentos al DRIVE habilitado para tal efecto.
33	Búsqueda activa comunitaria de sintomáticos respiratorios.	15 reportes mensuales o proporcional a tiempo laborado.	• Reportar semanalmente (lunes) Base de datos. • Constancia de cargue al DRIVE habilitado para tal efecto.

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

34	Participar en reuniones programadas de forma presencial y/o virtual convocadas por la ESE	Indeterminado Según Necesidad	• Registro Fotográfico • Listado de asistencia • Constancia de cargue de los anteriores documentos al DRIVE habilitado para tal efecto.
35	Convocar y desarrollar reuniones periódicas con el Equipo Básico de Salud asignado que permita la articulación, planeación, seguimiento, socialización de resultados entre otras temáticas desde la estrategia APS.	3 mensuales o proporcional a tiempo laborado.	• Acta de reunión • Listado de asistencia • Registro fotográfico donde se evidencie la participación • Constancia de cargue de los anteriores documentos al DRIVE habilitado para tal efecto.
36	Al finalizar las actividades establecidas en el contralo, preparar informe consolidado de la gestión desarrollada en el Territorio que consolide número de familias intervenidas, total de personas caracterizadas, Planes básicos de Cuidados Familiar formulados, avances de los Planes Básicos Formulados, desagregada la información por microterritorio del territorio asignado.	1 mensual o proporcional a fracción de tiempo laborado	• Informe de gestión consolidado de las acciones realizadas. / Esta obligación queda pendiente al terminar contrato • Constancia de cargue al DRIVE habilitado para tal efecto.
37	Seguimiento al cumplimiento de las metas establecidas al EBS	Un instrumento mensual o por la fracción de tiempo laborado.	• Instrumento de canalización evaluado y actualizado • Constancia de cargue al DRIVE habilitado para tal efecto.
38	Realizar presencia en el microterritorio y operar los puestos de salud existentes durante al menos 4 días a la semana	28	• Evidencia fotográfica con coordenadas • Certificación de los presidentes de JAC de la presencia en territorios • Certificación de la coordinación de centro de salud con las fechas que operaron en los puestos de salud. • Constancia de cargue al DRIVE habilitado para tal efecto.
39	Las demás obligaciones asignadas según las disposiciones legales de acuerdo con la naturaleza del contrato, por el supervisor, Coordinador de la Estrategia APS o la Gerencia.	Indeterminado Según Necesidad	• Evidencia del cumplimiento de la obligación. • Constancia de cargue al DRIVE habilitado para tal efecto.
40	Apoyar atenciones intramurales en la sede asignada en el servicio de promoción y mantenimiento de la salud. Garantizando la atención por lo	Presentar 3 certificados. O proporciona	Certificado del servicio prestado, expedido por el coordinador del centro de salud en el que ejecuta sus actividades y constancia de cargue al DRIVE creado para el efecto.

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

	menos 3 días al mes en los Puestos de Salud de la ESE.	l a tiempo laborado.	

Se expide a solicitud del (a) interesado (a) con destino a: **HOJA DE VIDA**

Dada en Florencia Caquetá, a los treinta (30) días del mes de julio del 2025

MAYRA LEANDRA CARVAJAL MARTINEZ
Profesional Universitario de Contratación

Proyectó: Mayely Cabrera / Auxiliar Administrativo de Contratacion
Reviso:Lucelida Riaños Sandoval/Profesional Administrativo

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL CAQUETÁ
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
NIT: 891.190.011-8

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL

LA SUSCRITA SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE SAN VICENTE DEL CAGUAN

CERTIFICA:

Que, la señora **LENIN YINESA BASANTE MUÑOZ**, mayor de edad, identificada con cedula de ciudadanía número 1.088.320.706 de Pereira - Risaralda, prestó sus servicios en la E.S.E. Hospital San Rafael de San Vicente del Caguán, a través de los Contratos de Prestación de Servicios Profesionales que se relacionan a continuación:

OBJETO	No. CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA TERMINACIÓN	ESTADO	VALOR
PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ENFERMERO PARA LA CONFORMACIÓN DE UN EQUIPO DE ATENCIÓN BÁSICA EN SALUD DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE SAN VICENTE DEL CAGUÁN, EN CUMPLIMIENTO A LOS LINEAMIENTOS DE EJECUCIÓN ESTABLECIDOS MEDIANTE RESOLUCIÓN NO. 2788 DEL 2022 EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.	20230088	14-04-2023	13-07-2023	LIQUIDADO	$20.955.999
PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ENFERMERO PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES ESTABLECIDAS EN LOS CONTRATOS INTERADMINISTRATIVOS NO. 202300000292	20230263	13-07-2023	12-10-2023	LIQUIDADO	$18.000.000

DE 2023 Y NO. 172 DEL TREINTA Y UNO (31) DE MARZO DEL 2023, SUSCRITOS POR LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL CON EL DEPARTAMENTO DEL CAQUETÁ Y EL MUNICIPIO DE SAN VICENTE DEL CAGUÁN.					
PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ENFERMERO PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES ESTABLECIDAS EN LOS CONTRATOS INTERADMINISTRATIVOS NO. 202300000292 DE 2023 Y NO. 172 DEL TREINTA Y UNO (31) DE MARZO DEL 2023, SUSCRITOS POR LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL CON EL DEPARTAMENTO DEL CAQUETÁ Y EL MUNICIPIO DE SAN VICENTE DEL CAGUÁN.	20230334	13-10-2023	30-11-2023	LIQUIDADO	$9'600.000

Dada en San Vicente del Caguán, a los veintiséis (26) días del mes de diciembre del 2023.

MARTHA CECILIA COLLAZOS SUAZA
Subgerente Administrativo y Financiero

E.S.E HOSPITAL MALVINAS HECTOR OROZCO OROZCO

Nit: 828000386-1

Florencia, 28 de Marzo de 2023

LA SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO

H A C E C O N S T A R

Que la señora ***LENIN YINESA BASANTE MUÑOZ,*** *identificado con cédula de ciudadania No. 1.088.320.706 expedida en Pereira, ha desarrollado actividades en la ESE Hospital Malvinas Hector Orozco Orozco, durante los siguientes períodos:*

- Mediante la Orden de Prestación de Servicios No. 458 durante el período del 16 de Agosto al 15 de Diciembre de 2019, desarrollando la siguiente actividad: Brindar apoyo y acompañamiento a todo costo a la gestión directa del servicio de prestación de servicios de salud en la realización de las actividades del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas Departamental 2019 relacionadas con el desarrollo de centros de escucha como estrategia de fortalecimiento en la atención en Salud Sexual y Reproductiva en el municipio de Florencia, Departamento de Caquetá..

- Mediante el Contrato de Prestación de Servicios No. 600 durante el período del 16 de Noviembre al 15 de Diciembre de 2022, desarrollando la siguiente actividad: realizar las actividades de JEFE DE ENFERMERIA a ejecutar por la E.S.E, según lo previsto en el contrato interadministrativo No. 20220829 del 30 de Septiembre de 2022, celebrado entre el Municipio de Florencia y la E.S.E Hospital Malvinas Héctor Orozco Orozco.

La presente constancia se expide con destino a Hoja de Vida.

LIBIA SOTO SANCHEZ

Proyectó: Elena Beltrán, Oficina Recurso Humano

TH - 015

Nuestras Sedes

SEDE ADMINISTRATIVA
Florencia
Calle 12 No.9b-06
B. Juan XXIII
Teléfono: 4345673
Cel: 313-2073078

IPS SOLITA
Calle Principal
Tel 4304139
Cel : 320-8556342

IPS VALPARAISO
Calle 10 Cra 3
Tel 4304014
Cel: 320-8557184

IPS SOLANO
Calle Principal
Tel 4304125
Cel: 320-8556315

PS SAN ANTONIO DE GETUCHA
Tel 4306102
Cel: 320-8558023

IPS MILAN
Calle 3 No. 6-72
Tel 4306050
Cel: 320-8557187

LA SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DE LA E.S.E. FABIO JARAMILLO LONDOÑO

HACE CONSTAR:

Que la funcionaria **LENIN YINESA BASANTE MUÑOZ** identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.088.320.706 expedida en Pereira - Risaralda, laboro en la Sede Administrativa perteneciente a la Planta Global de la **E.S.E. FABIO JARAMILLO LONDOÑO** desempeñando el cargo Enfermera Profesional, Código **243**, Grado **03** vinculada como Supernumerario desde 24 de Abril de 2021 al 31 de diciembre de 2021.

La presente constancia se expide a solicitud de la interesada con destino a la Hoja de Vida

Dada en Florencia – Caquetá, a los veinticuatro (24) días del mes de Enero Dos Mil veintidós (2022).

MARTHA CECILIA CORREA CLAROS
Subgerente Administrativa y Financiera

Elaboró: María del Carmen Godoy Losada – Aux- Admón. T.H
Reviso: Vivian Marcela Ramos Corado - Técnico Admón. T.H

GOBERNACIÓN DE CAQUETÁ

NIT: 8000.915.94-4
SG-20

SS-91- 027

Florencia, 11 de febrero de 2021

EL SUBSECRETARIO DE SALUD
DEPARTAMENTAL

HACE CONSTAR:

Que, **LENIN YINESSA BASANTE MUÑOZ**, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.088.320.706 expedida en Pereira, presto sus servicios en la Secretaría de Salud Departamental del Caquetá como Contratista, mediante Contrato de Prestación de servicios que a continuación se detalla:

1.CONTRATO No: **202000000680 Del 14/09/2020**

TIPO DE CONTRATO: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES**

OBJETO: El contratista se obliga con el Departamento de Caquetá, a prestar por sus propios medios con plena autonomía técnica y administrativa los servicios profesionales en el componente de Enfermedades Inmunoprevenibles de la Dimensión de Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles, que garantice el cumplimiento de los Lineamientos de gestión y administración del programa ampliado de inmunizaciones –PAI en el departamento de Caquetá.

OBLIGACIONES ESPECIFICAS:

1.Ejecutar y realizar seguimiento al Plan de Acción Institucional de la Secretaría de Salud Departamental para el mejoramiento de las coberturas en vacunación presentado a Ministerio.
2. Ejecutar y realizar seguimiento al Plan de Acción en marcado en el Proyecto de Fortalecimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI de la Secretaría de Salud Departamental.
3. Ejecutar y realizar seguimiento de Planes de Mejoramiento establecidos en el Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI requeridos por los entes de Control.

Escaneado con CamScanner

4. Realizar la consolidación y revisión de seguimientos de cohortes de menores de cinco años de los Municipios del Departamento.
5. Realizar la consolidación y revisión de seguimientos de cohortes de Gestantes de los Municipios del Departamento.
6. Desarrollar el componente de Estrategias Tácticas en Vacunación, realizando la microplaneación de actividades en vacunación en los 16 municipios.
7. Apoyar y desarrollar las jornadas de vacunación definidas por el MSPS y las Jornadas Departamentales, garantizando la intensificación de las acciones durante el mes programado y la instalación de puntos de vacunación.
8. Realizar asesoría, asistencia técnica y seguimiento al cumplimiento de los Lineamientos Técnicos Administrativos del Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI en los 16 Municipios.
9.Realizar Asistencia Técnica y Seguimiento al Cumplimiento de los Lineamientos Técnicos Administrativos de las EAPB presentes en el Departamento.
10. Participar en el comité de infancia y demás comités en los que participe el Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI en todos los niveles, de acuerdo a la programación definida.
11. Apoyar Reunión Departamental del Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI, dirigido a los Coordinadores de Programa, Vacunadores y Aliados.
12. Apoyar el desarrollo de la Operatividad del Comité de Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI, gestionando la participación de los actores.
13. Participar en las videoconferencias organizadas por el PAI y vigilancia de enfermedades inmunoprevenibles, que realice el MSPS e INS.
14. Participar activamente de los Comités de Vigilancia en Salud Pública COVE departamentales programados.
15. Apoyar el desarrollo de los Monitoreos rápidos de coberturas de vacunación en zona urbana y rural por municipios del departamento.
16. Dar respuesta a requerimientos y/o solicitudes de entes de control relacionadas con el objeto contractual.

Escaneado con CamScanner

17. Realizar informe de Operación del Programa 2020 por componentes con las evidencias de cada uno.
18. Realizar informes que el Ministerio de Salud y Protección Social y Secretaria de Salud Departamental del Caquetá requiera en su momento, relacionados con el objeto de su contrato.

PLAZO: Desde El 17/09/2020 Hasta El 30/12/2020

ESTADO DEL CONTRATO: LIQUIDADO

VALOR EJECUTADO DEL CONTRATO: VEINTIÚN MILLONES DOSCIENTOS VEINTICINCO MIL PESOS ($ 21.225.000) moneda legal

2.CONTRATO No: **20200000263 Del 22/04/2020**

TIPO DE CONTRATO: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES**

OBJETO: El contratista se obliga con la Gobernación del Caquetá a prestar por sus propios medios con plena autonomía técnica y administrativa los servicios profesionales como profesional en enfermería para desarrollar las acciones de Vigilancia en Salud Pública en el Marco de Contingencia por COVID-19 en el departamento de Caquetá.

OBLIGACIONES ESPECIFICAS:

1.Ejecutar el Plan de Contingencia COVID-19 de la Secretaría de Salud Departamental.
2.Tener disponibilidad las 24 horas, para atención, acompañamiento y asesoría al profesional de Vigilancia en Salud Pública del Departamento y equipo COVID-19 de la Secretaría de Salud Departamental, para el adecuado manejo de casos relacionados con el evento COVID-19.
3.Participar de las unidades de análisis, conforme lo establecen los protocolos del Instituto Nacional de Salud del evento COVID-19.
4.Apoyar las estrategias de preparación, contención y mitigación que se deben implementar en cada uno de los 16 municipios del departamento, ante la Pandemia causada por el COVID-19.
5.Liderar las acciones en los Municipios para garantizar la notificación, toma de muestras, seguimiento y demás acciones de acuerdo a lo establecido a los Protocolos del evento emitidos por el INS de los casos sospechosos.
6.Liderar las acciones de los seguimientos de los casos confirmados del Evento COVID-19 de acuerdo establecido a los Protocolos del evento emitidos por el INS.

Escaneado con CamScanner

7.Liderar el seguimiento a contactos de los casos sospechosos y confirmados por el evento COVID-19 en los Municipios del Departamento.
8.Apoyar las acciones de IEC en las medidas de Prevención y control del Evento en los Municipios asignados.
9.Apoyar direcciones técnicas en cuanto a Inspección, Vigilancia y Control en asuntos relacionados con el COVID-19.
10.Participar de las reuniones y capacitaciones convocadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud y Secretaría de Salud Departamental, relacionadas con el objeto contractual.
11.Presentar Informe Final de Actividades.

PLAZO: Desde El 23/04/2020 Hasta El 30/06/2020

ESTADO DEL CONTRATO: LIQUIDADO

VALOR EJECUTADO DEL CONTRATO: DOCE MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y CINCO MIL PESOS (12.735.000) moneda legal

La presente certificación se expide a solicitud del interesado.

ADRIANA ALVAREZ LOZADA
Subsecretaria

Elaboró y Revisó: María Cristina Yate González

Escaneado con CamScanner

Clinica

CLINICA MEDILASER S.A. HACE CONSTAR

NIT. 813001952-0

Que los siguientes datos han sido verificados en la Dirección de Talento Humano:

Nombre: **LENIN YINESA BASANTE MUÑOZ**

Cédula de Ciudadanía: 1088320706 de Pereira

Fecha de Ingreso: 11 de junio de 2019

Fecha de Egreso: 10 de marzo de 2020

Tipo de contrato: Término Fijo

Cargo que Desempeña: Jefe de Enfermería

Unidad funcional: Hospitalización General

Se expide a solicitud de: **LENIN YINESA BASANTE MUÑOZ**

Fecha: 10 de marzo de 2020

Atentamente,

MAREDY BOLAÑO ROJAS
Directora de Talento Humano
Sucursal Florencia

Proyecto: CMLV. Asistente Administrativa

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

HOSPITAL DEPARTAMENTAL
María Inmaculada
E.S.E.

Nit. 891.180.098-5

LA DIRECTORA ADMINISTRATIVA DE TALENTO HUMANO

HACE CONSTAR:

Que el(a) señor(a), ***LENIN YINESA BASANTE MUÑOZ,*** *identificado (a) con cedula No. 1.088.320.706 prestó sus servicios a la Institución, realizando actividades como* ***ENFERMERA PROFESIONAL,*** *en el servicio de EPIDEMIOLOGIA, de la siguiente manera:*

N° CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION
00246	02/01/2019	23/01/2019

Se expide a solicitud del(a) interesado(a).con destino a: ***HOJA DE VIDA.***

Dada en Florencia Caquetá, a los 23 días de Septiembre de 2019.

MAGNOLIA ALVAREZ DIAZ

Elaboró: Martha O.

Nit. 828.002.098-4

LA SUSCRITA COORDINADORA DE TALENTO HUMANO DE LA CLINICA Y CENTRO DE UROLOGÍA UROCAQ E.U. – I.P.S.

CERTIFICA QUE

LENIN YINESA BASANTE MUÑOZ, identificada con la cédula de ciudadania No 1.088.320.706 Expedida en Pereira, laboró en esta institución desde el 22 de Agosto de 2018 hasta 30 de noviembre de 2018, desempeñando el cargo de ENFERMERA, La vinculación laboral de la señora BASANTE MUÑOZ fue bajo la modalidad de contrato a Término fijo.

La anterior se expide por solicitud de la interesada, con destino a la Hoja de vida a los 10 días del mes de Diciembre de 2018.

Yady lorena nuñez

YADY LORENA NUÑEZ MONTEALEGRE
Coordinadora de Talento Humano

HOSPITAL DEPARTAMENTAL María Inmaculada E.S.E.

Nit. 891.180.098-5

LA DIRECTORA ADMINISTRATIVA DE TALENTO HUMANO

HACE CONSTAR:

Que el(a) señor(a), ***LENIN YINESA BASANTE MUÑOZ,*** *identificado (a) con cédula No. 1.088.320.706 prestó sus servicios a la institución, realizando actividades como* ***ENFERMERA PROFESIONAL,*** *en los servicios de PEDIATRIA, MADRE CANGURO Y HOSPITALIZACION, de la siguiente manera:*

N° CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION
00416	01/02/2017	31/03/2017
00559	01/04/2017	30/06/2017
00881	01/07/2017	30/09/2017
01305	01/10/2017	31/12/2017
00266	01/01/2018	30/04/2018
00783	01/05/2018	31/07/2018

Se expide a solicitud del(a) interesado(a) con destino a: ***HOJA DE VIDA.***

Dada en Florencia Caquetá, a los 31 días de Agosto de 2018

MAGNOLIA ALVAREZ DIAZ

Elaboro: Martha O.

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 18 de agosto de 2026, a las 00:52:38, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1088320706
Código de Verificación	1088320706260818005238

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

Consulta de antecedentes

Permite consultar los antecedentes disciplinarios, penales, contractuales, fiscales y de pérdida de investidura con solo digitar el número de identificación de la persona natural o jurídica.

Tipo de Identificación: Cédula de c

Número Identificación: 1088320706

¿ Cual es la Capital del Vallle del Cauca?

8

Consultar

Datos del ciudadano

Señor(a) LENIN YINESA BASANTE MUÑOZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 1088320706.

El ciudadano no presenta antecedentes

Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.
Fecha de consulta: martes, agosto 18, 2026 - Hora de consulta: 00:53:36

OTRAS ENTIDADES

CONTRALORÍA

CONTADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN

AUDITORÍA

FISCALIA

GOBIERNO DIGITAL

PROCURADURÍA
GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

Sede principal
Dirección: Carrera 5 # 15-80, Bogotá D.C., Colombia
Código Postal: 11032
Horario de atención: Lunes a viernes, 8 a.m. a 5 p.m., jornada continua

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:56:15 AM horas del 18/08/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1088320706**

Apellidos y Nombres: **BASANTE MUÑOZ LENIN YINESA**

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

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, 18/08/2026 12:57:45 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1088320706** y Nombre: **LENIN YINESA BASANTE MUÑOZ.**

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. **145839389** . 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

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 01:00:20 horas del 18/08/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1088320706,** Apellidos y Nombres **BASANTE MUÑOZ LENIN YINESA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **E.S.E Hospital San Rafael** , con NIT **891190011-8** 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 1088320706 **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 18/08/2026 01:06 AM

Código Verificación: **8DEJ6XWB57**

Válida hasta: **16/11/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141133653453

(415)7707212489984(8020) 000014113365345 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
4 0 7 8 3 5 7 2	6	Impuestos y Aduanas de Florencia 2 8	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	4 0 7 8 3 5 7 2	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Caquetá 1 8	Florencia 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CRUZ	PLAZAS	LUZ	AINES

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Caquetá 1 8	Florencia 0 0 1

41. Dirección principal
CR 5 B 5 79 BRR BERLIN

42. Correo electrónico luzcruz1530@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 0 2 2 3 4 1 1 3	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
0 0 1 0	2 0 2 1 0 1 0 1	8 6 9 2	2 0 1 5 0 3 1 8				5 1 3 2	

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	5	4	9	5	2																					

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

52 - Facturador electrónico

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

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA
IDENTIFICACION UNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERA

LENIN YINESA BASANTE MUÑOZ
C.C. 1.088.320.706
FUND UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA - FUAA
Pereira
FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DIPLOMA: 2017-01-27
FECHA DE INSCRIPCIÓN ReTHUS: 2017-02-14



8085

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

Esta tarjeta es un documento público y se expide de conformidad con la Ley 1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010.

Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la Organización Colegial de Enfermería.

FIRMA DEL PROFESIONAL

Función Pública

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2026-01-21 11:23

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
LENIN	YINESA	BASANTE	MUÑOZ

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1088320706

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	NARIÑO	Municipio	PASTO

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	CAQUETÁ	Municipio	FLORENCIA

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	HOSPITAL SAN RAFAEL -- SAN VICENTE DEL CAGUAN, CAQUETA

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	CAQUETÁ	Municipio	SAN VICENTE DEL CAGUÁN

Dirección	["CALLE 5 3-38"]

Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$60.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$60.000.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$8.000.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

[ ]

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

DECLARACIÓN DE CONFLICTO O NO CONFLICTO DE INTERESES Y DE INHABILIDADES

Yo,Lenin Yinesa Basante Muñoz , identificada (o) con cédula de ciudadanía No.1088320706 de Pereira Risaralda , mediante la presente y a la fecha de la suscripción del mismo, declaro bajo la gravedad de juramento que:

SI __NO _X_me encuentro incurso en causal alguna de inhabilidad, incompatibilidad o conflicto de intereses para contratar con la E.S.E. Hospital San Rafael de San Vicente del Caguán.

Para constancia de lo anterior, se firma el presente documento a los 08 días del mes 09 de año 2026

Firma Yinesa B

C.C. No. 1088320706

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CAQUETÁ
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
NIT: 891.190.011-8

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL

Nombre completo: Lenin Yinesa Basante Muñoz
No. de cédula: 1088320706

I. Datos personales adicionales

1. **Género:** _____femenino_____
2. **Estado civil:** _____Soltera_____
3. **Cultura, pueblo o rasgos físicos:** (Marque con una equis (X) según corresponda)
   Ninguna □x
   Indígenas □
   Raizal □
   Negro □
   Palenquero □
   Minorías □ ¿Cuál? _____
   ROM □
   Afrocolombianos □

4. **Madre o padre cabeza de hogar** □

5. **Víctima en el marco del conflicto armado interno** □

6. **Discapacidad:** (Marque con una equis (X) según corresponda)

   Persona con discapacidad cognitiva □
   Persona con discapacidad física o motora □
   Persona con discapacidad auditiva □
   Persona con discapacidad visual □
   Otra □ ¿Cuál? _____

II. Autorización de tratamiento de datos personales

Manifiesto que, de conformidad con lo establecido en la Ley 1581 de 2012, autorizo explícitamente el tratamiento de mi información personal, de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales y sensibles. Esta autorización permitirá a la ESE Hospital San Rafael a recolectar, transferir, almacenar, usar, circular, suprimir, compartir, actualizar y transmitir, de acuerdo con el procedimiento para el tratamiento de los datos personales con finalidad histórica, estadística o científica. En este evento la ESE Hospital San Rafael adoptará las medidas conducentes a la supresión de identidad de los titulares.

Atentamente,

Firma: Yinesa B

C.C.: 1088320706

Fecha: 08/09/2026 **Ciudad:** SVC

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *: Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *: 1088320706

Primer Nombre: LENIN

Primer Apellido: BASANTE

Confirme los números de la Imagen *: 6637

Cambiar

4527

Resultado General -2026-08-18 - 1:09:45 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1088320706	LENIN	YINESA	BASANTE	MUÑOZ	Vigente	Ver

De conformidad con los articulos 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) LENIN YINESA BASANTE MUÑOZ identificado(a) con CC 1088320706 registra La siguiente información:

2026-08-18 - 1:09:45 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	ENFERMERIA	2017-02-14	1088320706	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Exonerado del SSO	Local	COLOMBIA|NO APLICA|	1900-01-01	1900-01-01	Sin Modalidad	Enfermería	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

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).

FUNDACION PESES

(PLAN PADRINOS EN SALUD EDUCACION Y DESARROLLO SOCIAL)

NIT. 900 678496 - 4

FUNDACION Peses
Para su bienestar

CERTIFICA QUE:

LENIN YINESA BASANTE MUÑOZ

C.C. 1.088.320.706 DE PEREIRA

Realizó el seminario taller en **ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL** con una intensidad de 45 horas, desarrollado el día 11 al 16 del mes de marzo del año 2025.

(valido por actualización por 2 años)
Bajo resolución 1075 del 2015
NOTA: ESTE CERTIFICADO SOLO SE VALIDA BAJO LA VERIFICACIÓN AL CORREO ELECTRONICO DESCRITO EN EL PIE DE PAGINA

JELMU ENRIQUE POLO PEREA
Representante Legal

DIRECCION: CALLE 5 No 6ª BIS – 86 B/ PRIMAVERA SEDE 2 CALLE 13 No 10 – 33 LOCAL 2
E-mail: peses.polo@gmail.com – celular: 3203455675 – teléfono: 4356058
WEB: fundacionPESESwixsite.com

FUNDACION PESES

(PLAN PADRINOS EN SALUD EDUCACION Y DESARROLLO SOCIAL)

NIT. 900 678496 - 4

FUNDACION Peses
Para su bienestar

CERTIFICA QUE:

LENIN YINESA BASANTE MUÑOZ

C.C. 1.088.320.706 DE PEREIRA-RISARALDA

Realizó el seminario taller en **ACTUALIZACION EN SOPORTE VITAL AVANZADO (ACLS)** con una intensidad de 80 horas, desarrollado los días 02 al 08 del mes de Diciembre del año 2025.

(valido por actualización por 2 años)
Bajo resolución 1075 del 2015
NOTA: ESTE CERTIFICADO SOLO SE VALIDA BAJO LA VERIFICACIÓN AL CORREO ELECTRONICO DESCRITO EN EL PIE DE PAGINA **INGRESAR POR COD**

JELMU ENRIQUE POLO PEREA
Representante Legal

DIRECCION: CALLE 5 No 6ª BIS – 86 B/ PRIMAVERA SEDE 2 CALLE 13 No 10 – 33 LOCAL 2
E-mail: peses.polo@gmail.com – celular: 3203455675 – teléfono: 4356058
WEB: fundacionPESESwixsite.com

FUNDACION PESES

(PLAN PADRINOS EN SALUD EDUCACION Y DESARROLLO SOCIAL)

NIT. 900 678496 - 4

FUNDACION Peses
Para su bienestar

CERTIFICA QUE:

LENIN YINESA BASANTE MUÑOZ

C.C. 1.088.320.706 DE PEREIRA

Realizó el seminario taller en **ATENCION A VICTIMAS CON AGRESION POR AGENTES QUIMICOS** con una intensidad de 60 horas, desarrollado los días 16 al 26 del mes de noviembre del año 2025

(valido por actualización por 2 años)
NOTA: ESTE CERTIFICDO SOLO SE VALIDA BAJO LA VERIFICACIÓN AL CORREO ELECTRONICO DESCRITO EN EL PIE DE PAGINA

JELMU ENRIQUE POLO PEREA
Representante Legal y tallerista

DIRECCION: CALLE 5 No 6ª BIS – 86 B/ PRIMAVERA
E-mail: peses.polo@gmail.com – celular: 3203455675 – teléfono: 4356058

FUNDACION PESES

(PLAN PADRINOS EN SALUD EDUCACION Y DESARROLLO SOCIAL)

NIT. 900 678496 - 4

FUNDACION Peses
Para su bienestar

CERTIFICA QUE:

LENIN YINESA BASANTE MUÑOZ

C.C. 1.088.320.706 DE PEREIRA

Realizó el seminario taller en **GESTION DEL DUELO** con una intensidad de 45 horas, desarrollado el día 17 al 21 del mes de octubre del año 2025.

(valido por actualización por 2 años)
NOTA: ESTE CERTIFICDO SOLO SE VALIDA BAJO LA VERIFICACIÓN AL CORREO ELECTRONICO DESCRITO EN EL PIE DE PAGINA

JELMU ENRIQUE POLO PEREA
Representante Legal y tallerista

DIRECCION: CALLE 5 No 6ª BIS – 86 B/ PRIMAVERA
E-mail: peses.polo@gmail.com – celular: 3203455675 – teléfono: 4356058

FUNDACION PESES

(PLAN PADRINOS EN SALUD EDUCACION Y DESARROLLO SOCIAL)

NIT. 900 678496 - 4

FUNDACION Peses
Para su bienestar

CERTIFICA QUE:

LENIN YINESA BASANTE MUÑOZ

C.C. 1.088.320.706 DE PEREIRA-RISARALDA

Realizó el seminario taller en **Seguridad del Paciente** con una intensidad de 22 horas, desarrollado los días 12 al 15 del mes de marzo del año 2025.

(valido por actualización por 2 años)
Bajo resolución 1075 del 2015
NOTA: ESTE CERTIFICADO SOLO SE VALIDA BAJO LA VERIFICACIÓN AL CORREO ELECTRONICO DESCRITO EN EL PIE DE PAGINA **INGRESAR POR CODIGO QR**

JELMU ENRIQUE POLO PEREA

DIRECCION: CALLE 5 No 6ª BIS – 86 B/ PRIMAVERA SEDE 2 CALLE 13 No 10 – 33 LOCAL 2
E-mail: peses.polo@gmail.com – celular: 3203455675 – teléfono: 4356058
WEB: fundacionPESESwixsite.com

FUNDACION PESES

(PLAN PADRINOS EN SALUD EDUCACION Y DESARROLLO SOCIAL)

NIT. 900 678496 - 4

FUNDACION Peses
Para su bienestar

CERTIFICA QUE:

LENIN YINESA BASANTE MUÑOZ

C.C. 1.088.320.706 DE PEREIRA-RISARALDA

Realizó el seminario taller en **Manejo de Residuos Hospitalarios** con una intensidad de 8 horas, desarrollado los días 20 del mes de enero del año 2026.

(valido por actualización por 2 años)
Bajo resolución 1075 del 2015
NOTA: ESTE CERTIFICADO SOLO SE VALIDA BAJO LA VERIFICACIÓN AL CORREO ELECTRONICO DESCRITO EN EL PIE DE PAGINA **INGRESAR POR CODIGO QR**

JELMU ENRIQUE POLO PEREA

DIRECCION: CALLE 5 No 6ª BIS – 86 B/ PRIMAVERA SEDE 2 CALLE 13 No 10 – 33 LOCAL 2
E-mail: peses.polo@gmail.com – celular: 3203455675 – teléfono: 4356058
WEB: fundacionPESESwixsite.com

FUNDACION PESES

(PLAN PADRINOS EN SALUD EDUCACION Y DESARROLLO SOCIAL)

NIT. 900 678496 - 4

FUNDACION Peses
Para su bienestar

CERTIFICA QUE:

LENIN YINESA BASANTE MUÑOZ

C.C. 1.088.320.706 DE PEREIRA-RISARALDA

Realizó el seminario taller en **ATENCION AL USUARIO Y HUMANIZACION EN LA ATENCION DE LOS SERVICIOS DE SALUD** con una intensidad de 60 horas, desarrollado los días 19 de al 25 del mes de octubre del año 2025.

(valido por actualización por 2 años)
Bajo resolución 1075 del 2015
NOTA: ESTE CERTIFICADO SOLO SE VALIDA BAJO LA VERIFICACIÓN AL CORREO ELECTRONICO DESCRITO EN EL PIE DE PAGINA **INGRESAR POR CODIGO QR**

JELMU ENRIQUE POLO PEREA
Representante Legal

DIRECCION: CALLE 5 No 6ª BIS – 86 B/ PRIMAVERA SEDE 2 CALLE 13 No 10 – 33 LOCAL 2
E-mail: peses.polo@gmail.com – celular: 3203455675 – teléfono: 4356058
WEB: fundacionPESESwixsite.com

FUNDACION PESES

(PLAN PADRINOS EN SALUD EDUCACION Y DESARROLLO SOCIAL)

NIT. 900 678496 - 4

FUNDACION Peses
Para su bienestar

CERTIFICA QUE:

LENIN YINESA BASANTE MUÑOZ

C.C. 1.088.320.706 DE PEREIRA-RISARALDA

Realizó el seminario taller en **Manejo de las Complicaciones Obstétricas de Emergencia** con una intensidad de 45 horas, desarrollado los días 19 de al 25 del mes de enero del año 2025.

(valido por actualización por 2 años)
Bajo resolución 1075 del 2015
NOTA: ESTE CERTIFICADO SOLO SE VALIDA BAJO LA VERIFICACIÓN AL CORREO ELECTRONICO DESCRITO EN EL PIE DE PAGINA **INGRESAR POR CODIGO QR**

JELMU ENRIQUE POLO PEREA

DIRECCION: CALLE 5 No 6ª BIS – 86 B/ PRIMAVERA SEDE 2 CALLE 13 No 10 – 33 LOCAL 2
E-mail: peses.polo@gmail.com – celular: 3203455675 – teléfono: 4356058
WEB: fundacionPESESwixsite.com

689e8d22-71d0-4df4-b0f6-6d62ac1f5650

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

LENIN YINESA BASANTE MUÑOZ

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

Diagnóstico y manejo clínico del dengue

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 70,00 %

14 de agosto de 2025

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
América

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

FIU Robert Stempel College of Public Health & Social Work
Florida International University

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=689e8d22-71d0-4df4-b0f6-6d62ac1f5650

Instituto Nacional de Cancerología
Colombia
Por el control del cáncer

Hace constar que:

LENIN YINESA BASANTE

realizó el Curso Virtual de

Detección temprana de cáncer infantil

Con intensidad de 50 horas

La presente constancia no acredita, ni otorga título académico ni profesional alguno.

Como constancia se firma en la ciudad de Bogotá D.C. el de marzo de 2026

Dra. Carolina Wiesner Ceballos
Directora General
Instituto Nacional de Cancerología

Carné Digital de Vacunación Colombia

Salud

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: a0b0213e-1930-413f-a9a1-aafe92ae6a0c

Nombres y apellidos / Full name: **LENIN YINESA BASANTE MUÑOZ**

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

Número de identificación / ID Number: **1 0 8 8 3 2 0 7 0 6**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **11/03/1994**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3187616430**

Correo electrónico / e-mail: **yinesabasante@hotmail.com**

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Dia / Day	Mes / Month	Año / Year				
TdaP Acelular Gestante	Anual	19	4	2017		AC37B177AC	FLORENCIA E.S.E HSP DPTAL MAR	
TD Adulto	Primera	4	6	2019		221500217C	FLORENCIA SINERGIA GLOBAL EN S	ZULLY MAYELLY MARIN FIERRO
Influenza Adultos Particular	Anual	12	8	2019		256091A1C	FLORENCIA SINERGIA GLOBAL EN SALUD	ZULLY MAYELLY MARIN FIERRO
Fiebre Amarilla	Única	10	2	2020		P3M811V	FLORENCIA E.S.E HSP COMUNAL MA	ANGELA ADRIANA CABRERA GUALTE
COVID SINOVAC	Primera	20	5	2021	Sinovac	C202103045	CENTRO DE SALUD VALPARAISO	DIOMELIA TRUJILLO TRUJILLO
COVID SINOVAC	Segunda	17	6	2021	Sinovac	202104024K	CENTRO DE SALUD VALPARAISO	Leidy Olaya
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	5	10	2021		V3B851V	VALPARAISO CENTRO DE SALUD	GLADYEN PARRA LOPEZ
COVID PFIZER	Primer Refuerzo	14	3	2022	PFIZER	PCA0055	SINERGIA SALUD ATENCION BASICA FLORENCIA	BEYANID PEÑA CAICEDO
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	2	5	2024	Green Cross	V50524003	CENTRO DE SALUD LA MONTAÑITA	DIEGO RAMIREZ
TD Adulto	Segunda	9	8	2024	Serum	2333L021C	CENTRO DE SALUD LA MONTAÑITA	DIEGO RAMIREZ
COVID MODERNA XBB1.5	Adicional 1	10	8	2024	Catalent Indiana	032H23A	CENTRO DE SALUD LA MONTAÑITA	DIEGO FABIAN RAMIREZ GALINDO
Hepatitis B Adultos Particular	Primera	13	8	2024		2205001223A	PROFAMILIA FLORENCIA	YENY JARAMILLO VALENZUELA
COVID PFIZER JN1	Adicional	8	10	2025	PFIZER	ME0450	CENTRO DE SALUD LA MONTAÑITA	DIEGO FABIAN RAMIREZ GALINDO - CC1119215237 - Inactivo

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.



CLIPSALUD IPS S.A.S

Nit: 900304743-4
14A-56 FLORENCIA CAQUETA PBX: 4355072- 4347315 CEL: 3175176
BARRIO PORVENIR - www.clipsalud.com

Nombre Paciente:	Lenin Yinesa Basante Muñoz	**Identificacion** 1088320706	**Codigo Unico Paciente:** 5845
Empresa:	PARTICULAR	**Fecha Nacimiento:**	11/03/1994
Direccion:	PORTAL DEL MIRADOR MZ 17 CASA 2 | Acompañante: NO REFIERE | Teléfono:No Refiere		

Ingreso Nro.	Sexo:	Edad:		Estado Civil:	Nivel Educativo:	Ciudad:	Fecha Consulta
84641	Femenino	31	Años	Soltero	Otro	FLORENCIA	16/08/2025 07:46:16

Objetivo:	**Ingreso**	**E.P.S.:**	NUEVA EPS	**A.R.L.:**	POSITIVA	**Cargo:**	ENFERMERA EJE
Contrato:		**Clasificacion del Riesgo:**		CLASE III		**Estrato:**	[1] - Bajo Bajo

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Los Resultados de Paraclinicos y Valoracion del Paciente fueron consignados en una Historia Clinica Ocupacional que reposa en los archivos de Salud Ocupacional de la IPS. Y se obtuvo el siguiente resultado:

CONCEPTO INGRESO:

- [x] APTO para el Cargo
- [ ] No APTO para el Cargo
- [ ] Aplazado

TRABAJOS ESPECIALES:

Alturas	
Espacios Confinados	
Manipulacion de Alimentos	

CONCEPTO EGRESO:

- [ ] Satisfactoria
- [ ] No Satisfactoria

Valoracion por: E.P.S. [ ] A.R.L. [ ]

[ ] **PERIODICO, CAMBIO DE OCUPACION O POST-INCAPACIDAD** [ ] Reubicar Trabajador [ ] Continua en el Cargo

PREVENCION EN RIESGO LABORALES - VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

[ ] Auditivo [ ] Visual [ ] CardioVascular [ ] Respiratorio [ ] Ergonomico [ ] Dermatologia [ ] Otros

SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES Y/O PROCEDIMIENTOS

Se Realizaron los siguientes examenes: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR.

DESCRIPCION RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

Apto para el cargo..

RESTRICCIONES

Ninguna para el Cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

GENERALES: Higiene Postural, Utilizacion EPP.

Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mi el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(es) prueba(s) es voluntaria y que tuvela oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomará CLIPSALUD IPS S.A.S. Para proteger la confidencialidad de mis resultados.Las respuestas dadas por mi en este(os) examen(es) están completas y son veridicas. Autorizo a CLIPSALUD IPS S.A.S. para quesuministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. De igual manera soy consciente y doy fe, de que me fue socializado mi estado de salud y el resultado de cada uno de mis valoraciones realizadas. 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.

Tue Aug 2025 08/16/25 07:30:23

AURA JIMENA AGUIRRE - C.C. 1020769061 / RM: RESOLUCION 0148

16/08/2025 09:02:53

Generado por SGMI - TERRASOFT, NIT. 74814574-9. www.terrasoft.co

Sat Aug 2025 08/16/25 07:39:49

Firma y Huella del Paciente o Responsable



Indice Derecho

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1088320706
NOMBRES	LENIN YINESA
APELLIDOS	BASANTE MUÑOZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CAQUETA
MUNICIPIO	FLORENCIA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
RETIRADO	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	01/01/2020	11/06/2026	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	09/08/2026 11:36:11	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el *término de la afiliación a la entidad de acuerdo con* la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

nueva eps

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) LENIN YINESA BASANTE MUÑOZ identificado(a) con CC 1088320706 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 01/03/2024

Estado de la Afiliación: **Vigente**

IPS: **SALUD VITAL DEL HUILA I.P.S S.A.S - SEDE FLORENCIA**

Categoría: **A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 18 días del mes 08 del año 2026.

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

Observaciones:

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

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

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:

LENIN YINESA BASANTE MUÑOZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.088.320.706**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

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

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Banco AV Villas

NIT: 860.035.827-5
CRA. 13 No. 27-47 P-24 BOGOTA D.C.

Este es el certificado de tu
Cuenta de Ahorros - Cuenta Móvil No. 610804762

El Banco AV Villas certifica que: **Lenin Yinesa Basante Munoz**
identificada con el documento No. 1088320706, tiene en la oficina FLORENCIA (610) una Cuenta de Ahorros - Cuenta Móvil No. 610804762 desde el 28 de marzo de 2017.

Fecha de expedición: 26/03/2026