FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
ZORRO	ZORRO	LUZ MARINA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 33625571	F ⊗ M ○ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 17 MES 05 AÑO 1985

PAÍS COLOMBIA

DEPTO CASANARE

MUNICIPIO TAURAMENA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 5 8B 30

PAÍS COLOMBIA DEPTO CASANARE

MUNICIPIO TAURAMENA

TELÉFONO 3112366974 EMAIL marina8517@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	2009

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	6	X		TECNOLOGIA EN REGENCIA DE FARMACIA	06	2015	

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3112366974	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	12	*Mes*	07	*Año*	2024	*Día*	11	*Mes*	11	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 049/2013 CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA FARMACIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 15 8 null 63					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3112366974	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	13	*Mes*	03	*Año*	2024	*Día*	04	*Mes*	07	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 049/2013 CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE FARMACIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 15 8 null 63					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3112366974	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	19	*Mes*	01	*Año*	2024	*Día*	10	*Mes*	03	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 049/2013 CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA FARMACIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 15 8 null 63					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3112366974	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	10	*Mes*	07	*Año*	2023	*Día*	15	*Mes*	01	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 049/2013 CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA FARMACIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 15 8 null 63					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3112366974	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	20	*Mes*	01	*Año*	2023	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 049/2013 CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA FARMACIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 15 8 null 63					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3112366974	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	09	*Mes*	09	*Año*	2022	*Día*	08	*Mes*	01	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 049/2013 CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* "FARMACIA"						*DIRECCIÓN* CARRERA 15 8 null 63					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3112366974	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	14	*Mes*	01	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL 049/2013 CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE FARMACIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 15 8 null 63					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3112366974	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	11	*Año*	2021	*Día*	03	*Mes*	01	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL 049/2013 CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* "FARMACIA"						*DIRECCIÓN* CARRERA 15 null 8 63					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6247118	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	07	*Año*	2021	*Día*	02	*Mes*	11	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FARMACIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 15 8 63					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6247118	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	08	*Mes*	01	*Año*	2021	*Día*	07	*Mes*	07	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* CARRERA 15 8 63					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6247118	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	07	*Mes*	10	*Año*	2020	*Día*	06	*Mes*	01	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FARMACIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 15 8 63					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6247118	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	19	*Mes*	06	*Año*	2020	*Día*	18	*Mes*	09	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FARMACIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 15 8 63					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CORPORACION MI IPS LLANOS ORIENTALES			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 5552129	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	09	*Mes*	02	*Año*	2019	*Día*	08	*Mes*	05	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL REGENTE DE FARMACIA	*DEPENDENCIA* FARMACIA					*DIRECCIÓN* Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD DROGUERIA EL MASTRANTO			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3118834243	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	03	*Año*	2016	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL REGENTE DE FARMACIA	*DEPENDENCIA* FARMACIA					*DIRECCIÓN* DIA 8 11-64						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CORPORACION MI IPS LLANOS ORIENTEALES			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 2879626	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	10	*Mes*	07	*Año*	2017	*Día*	09	*Mes*	08	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL REGENTE DE FARMACIA	*DEPENDENCIA* FARMACIA					*DIRECCIÓN* Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD DROGUERIA FARMAVIDA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 0000000000	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	07	*Mes*	03	*Año*	2013	*Día*	07	*Mes*	01	*Año*	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUX DE FARMACIA	*DEPENDENCIA* FARMACIA					*DIRECCIÓN* Sin dirección						

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA			*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*						
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día:		*Mes:*		*Año:*		*Día:*		*Mes:*		*Año:*	
AREA DE CONOCIMIENTO	*NIVEL EDUCATIVO*					*DIRECCIÓN*						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	2	10
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	3	6
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	1	3
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Tauramena 08-octubre-2026.

Ana Marina Toro Toro

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

OCT. 8-2026

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

sigepII FUNCIÓN PÚBLICA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Ana Marina Toro Toro

IDENTIFICADO CON: C.C x C.E. T.I. N° 33.625571 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	Colombia	Departamento	Guainia	Municipio	Tauramena
Dirección	Carrera 5ta #8A-30			Teléfonos	3112366974

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Edwar Sebastian Moreno Toro	1115 913 204	hijo
Anderson David Amaya Toro	1.000 132.187	hijo

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	28.320.000
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	28.320.000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

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

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Ivo Marina Toro Toro
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Tauramena 08-octubre-2020.
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

DECLARACIÓN DE CONFLICTO O NO CONFLICTO DE INTERESES

Yo, Ivr Marina Toro Toro identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 33.625 571 de Tauramena, manifiesto conocer las implicaciones legales de incurrir en alguna de las causales de conflicto de interés, inhabilidad o incompatibilidad y me comprometo a informar cualquier conflicto que a nivel personal llegue a comprometer la estabilidad económica, moral y particular a esta entidad.

Tipo de vinculación:

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

Declaro a la firma de este documento que:

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

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

La causal de conflicto consiste en:

_____
_____
_____
_____

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

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

Descripción de la situación:

_____
_____
_____
_____

Información relacionada:

_____
_____
_____

Firma Ivr Marina Toro Toro

Cédula de ciudadanía No. 33.625 571 de Tauramena

Fecha 08 - Octubre - 2026

Hospital Local de Tauramena Empresa Social del Estado	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: JU-JU-FOR-01-2.11 VERSIÓN: 1 FECHA APROBACIÓN: 30/01/2026
	PROCEDIMIENTO CONTRATACIÓN - SELECCIÓN Y VINCULACIÓN DE PERSONAL	
	Declaración Juramentada Inhabilidades e Incompatibilidades	

DECLARACION JURAMENTADA INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

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

Yo, Ivo Marina Toro Toro, identificado (a) con la cedula de ciudadanía No. 33.625.571 de Tauramena, manifiesto bajo la gravedad del juramento, de conformidad con los decretos 1557 y 2282 de 1989 y el artículo 299 del C.P.C., lo siguiente:

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

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

Lo anterior está sujeto a veracidad probatoria.

Se firma la presente a los 08 días del mes de octubre del año 2026

Ivo Marina Toro Toro

Nombre:
C.C. No. 33.625.571


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 33.625.571
ZORRO ZORRO
APELLIDOS
LUZ MARINA
NOMBRES
Luz Marina Zorro Zorro
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 17-MAY-1985
TAURAMENA
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.67
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
05-SEP-2003 TAURAMENA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-4685000-00741454-F-0033625571-20150826
0046059628A 1
30200380

Hospital Local de Tauramena Empresa Social del Estado	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN PROCEDIMIENTO CONTRATACIÓN - SELECCIÓN Y VINCULACIÓN DE PERSONAL Formato de autorización de tratamiento protección de datos personales	CÓDIGO: JU-JU-FOR-01-2.2 VERSIÓN: 4 FECHA APROBACIÓN: 30/01/2026

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del contratista: Ivo Marina Toro Toro

Nombre completo: Ivo Marina Toro Toro

Tipo y número de identificación: 33 625 571

Fecha: 08 - Octubre - 2026

FORMATO DE COMPROMISO DE ANTICORRUPCIÓN

Información General

Nombre completo: Iza Marina Toro Toro

Tipo y Número de identificación: 33.625571

Dirección: Carrera 5# 8B-30

Teléfono: 311 236 69 74

Correo electrónico: izamarina8517@gmail.com

Objeto del contrato:
Prestar los servicios como tecnologo en regencia de Farmacia para Apoyar las Actividades del Macroproceso Misional Orientadas a Contribuir A una adecuada prestación de servicios de salud a Cargo de la ESE Hospital local de Tauramena

COMPROMISO DE ANTICORRUPCIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

Nombres y apellidos: Iza Marina Toro Toro

Firma: Iza Marina Toro

C.C. / NIT: 33.625 571

Lugar y fecha: Tauramena - 08 - oct - 2026 .

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

El suscrito contratista, identificado como aparece al pie de mi firma, manifiesto en forma libre y voluntaria, de manera unilateral, en mi propio nombre y en el del personal que, de acuerdo con el objeto contractual, llegue a vincular para su ejecución, así como en cumplimiento de los términos establecidos para el desarrollo del siguiente objeto contractual: Prestar los servicios como tecnologo en regencia de Farmacia para apoyar las actividades del Macroproceso Misional, Orientados a Contribuir a una Adecuada, prestación de servicios de salud a Cargo de la Esa Hospital local de Tauramena.

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

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

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

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

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

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

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

Firma del contratista: Ivi Marina Toro Toro

Nombre completo: Ivi Marina Toro Toro

Tipo y número de identificación: 33625571

Ciudad y Fecha: Tauramena 08 octubre-2026

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14777646830

(415)7707212489984(8020) 000001477764683 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 3 6 2 5 5 7 1	7	Impuestos y Aduanas de Yopal 4 4	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	3 3 6 2 5 5 7 1	

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ZORRO	ZORRO	LUZ	MARINA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CL 12 7 15

42. Correo electrónico: marina8517@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 1 2 3 6 6 9 7 4	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
4 7 7 3	2 0 2 2 0 1 1 2	4 5 4 1	2 0 1 9 0 4 2 3		4 5 4 2	4 5 2 0		

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

53. Código 4 9

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

54. Código

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2022-01-12 / 04:00:00PM

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 ZORRO ZORRO LUZ MARINA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

CENTRO DE ESTUDIOS E
INVESTIGACIÓN VIDA
"CEVIDA"

Reconocimiento Oficial N° 8664 de Abril 18 de 2007
DECRETO 3012 DIC. 97

Libertad y Orden

ACTA DE GRADO

FOLIO 015
CODIGO ICFES 141911

En el municipio de Yopal, a los 29 (veintinueve) días del mes de Noviembre del año 2008 (dos mil ocho), se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes del último grado: los suscritos Rector y Secretaria del CENTRO DE ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN VIDA - "CEVIDA", institución aprobada en los niveles de Educación Básica y Media Académica, para otorgar el título de BACHILLER en la modalidad de BACHILLER ACADÉMICO, según Reconocimiento Oficial N° 8664 de Abril 18 de 2007, emanado de la Secretaría de Educación Departamental.
Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el título de BACHILLER ACADÉMICO, a los graduandos cuyos nombres, apellidos y número de identificación se relacionan a continuación:

ZORRO ZORRO LUZ MARINA
C.C. N° 33.625.571 de Tauramena (Casanare)

El (la) cual consta del acta original general N° 008 de fecha 29 (veintinueve) de Noviembre de 2008 (dos mil ocho) y es consta de 55 (cincuenta y cinco) estudiantes, que comienzan con el nombre de

ACEVEDO SALCEDO CRISTIAN FERNANDO
Y cierra con el nombre de
ZORRO ZORRO LUZ MARINA

Dada en Yopal a los 29 (veintinueve) días del mes de Noviembre de 2008 (dos mil ocho).

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

Firmado y sellado por:

Rector

Secretaria Académica

La República de Colombia

y en su nombre el

Centro De Estudios e Investigación Vida

"CEVIDA"

Con reconocimiento Oficial 0664 de Abril 18 de 2007

de La Secretaría de Educación Departamental de Casanare

Confiere a:

Zorro Zorro Luz Marina

CC. 33.625.571 De Tauramena (casanare)

El Titulo de:

Bachiller Académico

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

Rector

Delma Bonilla B
Secretaria

Dado en Yopal a los 29 días del mes de Noviembre de 2008

Anotado al folio 019 Libro de Registro No. 002

CEVIDA
CENTRO DE ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN VIDA

Hora 16:05

GOBERNACION DEL TOLIMA
Secretaria De Salud Del Tolima

RESOLUCION N° 240

"Por la cual se Registra un titulo y se concede autorización para ejercer como"
TECNÓLOGO EN REGENCIA DE FARMACIA

SECRETARIA DE SALUD DEL TOLIMA
En uso de la facultad concedida por los Decretos N° 1875 de Agosto 3 de 1994 y 1352 de 2000, del Ministerio de Salud y

CONSIDERANDO

Que LUZ MARINA ZORRO ZORRO, identificado (a) con Cedula de Ciudadania N° 33625571, ha solicitado el registro del certificado de Aptitud Ocupacional como TECNOLOGO EN REGENCIA DE FARMACIA, según diploma N° 91548 de fecha 2015-06-27 otorgado por UNIVERSIDAD DEL TOLIMA y acta de grado N° 24.

Que dicho Certificado de Aptitud Ocupacional, no requiere registro de la Secretaria de Educación de conformidad con la directriz trazada en la circular N° 030 del 11 de mayo de 1984.

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Registrar el Certificado de Aptitud Ocupacional como TECNÓLOGO EN REGENCIA DE FARMACIA a LUZ MARINA ZORRO ZORRO identificado (a) con Cedula de Ciudadania N ° 33625571, titulo otorgado por UNIVERSIDAD DEL TOLIMA, según acta de grado N° 24 del 2015-06-27.

ARTICULO SEGUNDO: Este registro tiene validez en todo el territorio Nacional y tiene efectos de inscripción para laborar en el Departamento del Tolima.

ARTICULO TERCERO: NOTIFICAR a LUZ MARINA ZORRO ZORRO, el contenido de la presente resolución, en los términos del articulo 67 y s.s del Codigo de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

ARTICULO CUARTO: Contra la presente resolución procede el recurso de reposición ante el Secretario de Salud del Tolima y el de apelación ante el Gobernador del Tolima dentro de los 10 dias siguientes a la fecha de notificación.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE 14 SEP 2015

EDILMA ISABEL URTADO CASDONA
Secretaria de Salud del Tolima

Tauramena, Agosto 21 de 2024

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

HACE CONSTAR:

Que una vez revisado el Archivo Histórico de esta entidad reposa documentación en la cual consta que **LUZ MARINA ZORRO ZORRO** Identificada con Cédula de Ciudadanía No. 33.625.571 de Tauramena Casanare, ejecuta Contrato de Prestación de Servicios, que se relacionan a continuación:

CLASE DE ORDEN	FECHA	OBJETO	PLAZO DEL CONTRATO	VALOR
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION No. 157	JUNIO 19 DE 2020	CONTRATAR LAS ACTIVIDADES DE NIVEL TECNOLOGICO PARA LA DIRECCION DEL SERVICIO FARMACEUTICO AJUSTADAS AL PROCESO DE APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA.	3 MESES	8.629.140
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION No. 252	OCTUBRE 8 DE 2020	CONTRATAR LAS ACTIVIDADES DE NIVEL TECNOLOGICO PARA LA DIRECCION DEL SERVICIO FARMACEUTICO AJUSTADAS AL PROCESO DE APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA.	3 MESES	8.629.140
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION No. 018	ENERO 8 DE 2021	CONTRATAR LAS ACTIVIDADES DE NIVEL TECNOLOGICO PARA LA DIRECCION DEL SERVICIO FARMACEUTICO AJUSTADAS AL PROCESO DE APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO QUE INTEGRA EL MAPA DE PROCESO DE LA E.S.E HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA.	5 MESES Y 23 DIAS CALENDARIO	17.258.280
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION No. 156	JULIO 02 DE 2021	CONTRATAR LAS ACTIVIDADES DE NIVEL TECNOLOGICO PARA LA DIRECCION DEL SERVICIO FARMACEUTICO AJUSTADAS AL PROCESO DE APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO QUE INTEGRA EL MAPA DE PROCESO DE LA ESE HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA.	3 MESES Y 28 DIAS CALENDARIO	11.505.520
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION No. 286	NOVIEMBRE 4 DE 2021	CONTRATAR LAS ACTIVIDADES DE NIVEL TECNOLOGICO PARA LA DIRECCION DEL SERVICIO FARMACEUTICO AJUSTADAS AL PROCESO DE APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO QUE INTEGRA EL MAPA DE PROCESOS DE LA E.S.E HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA.	2 MESES	5.752.760
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION No. 023	ENERO 14 DE 2022	GARANTIZAR LAS ACTIVIDADES DE NIVEL TECNOLÓGICO PARA COADYUVAR LAS ACTIVIDADES DEL MACRO-PROCESO MISIONAL EN EL ÁMBITO DE LA COMPETENCIA INHERENTE A UN REGENTE DE FARMACIA TENDIENTE A BRINDAR UNA ADECUADA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD A CARGO DEL HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA	7 MESES Y 18 DIAS CALENDARIO	24.196.000
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION No. 164	SEPTIEMBRE 9 DE 2022	GARANTIZAR LAS ACTIVIDADES DE NIVEL TECNOLOGICO PARA COADYUVAR LAS ACTIVIDADES DEL MACRO-PROCESO MISIONAL EN EL AMBITO DE LA COMPETENCIA INHERENTE A UN REGENTE DE FARMACIA TENDIENTE A BRINDAR UNA ADECUADA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD A CARGO DEL HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA.	4 MESES	15.122.500

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION No. 025	ENERO 20 DE 2023	PRESTAR LOS SERVICIOS EN EL AMBITO DE LA COMPETENCIA INHERENTE A LA REGENCIA DE FARMACIA PARA COADYUVAR LAS ACTIVIDADES DEL MACRO PROCESO MISIONAL TENDIENTE A BRINDAR UNA ADECUADA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD A CARGO DEL HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA.	5 MESES Y 11 DIAS CALENDARIO	18.906.000
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION No. 200	JULIO 10 DE 2023	PRESTAR LOS SERVICIOS EN EL AMBITO DE LA COMPETENCIA INHERENTE A LA REGENCIA DE FARMACIA PARA COADYUVAR LAS ACTIVIDADES DEL MACRO-PROCESO MISIONAL TENDIENTE A BRINDAR UNA ADECUADA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD A CARGO DEL HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA.	6 MESES Y 6 DIAS CALENDARIO	21.783.000
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION No. 030	ENERO 19 DE 2024	PRESTAR LOS SERVICIOS EN EL AMBITO DE LA COMPETENCIA INHERENTE A LA REGENCIA DE FARMACIA PARA COADYUVAR LAS ACTIVIDADES DEL MACROPROCESO MISIONAL, TENDIENTE A BRINDAR UNA ADECUADA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD A CARGO DEL HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA.	1 MES Y 21 DIAS CALENDARIO	6.670.000
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION No. 098	MARZO 13 DE 2024	PRESTAR LOS SERVICIOS EN EL AMBITO DE LA COMPETENCIA INHERENTE A LA REGENCIA DE FARMACIA PARA COADYUVAR LAS ACTIVIDADES DEL MACROPROCESO MISIONAL TENDIENTE A BRINDAR UNA ADECUADA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD A CARGO DEL HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA.	3 MESES Y 22 DIAS CALENDARIO	13.340.000
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION No. 241	JULIO 12 DE 2024	PRESTAR LOS SERVICIOS EN EL AMBITO DE LA COMPETENCIA INHERENTE A LA REGENCIA DE FARMACIA PARA COADYUVAR LAS ACTIVIDADES DEL MACROPROCESO MISIONAL, TENDIENTE A BRINDAR UNA ADECUADA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD A CARGO DEL HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA.	4 MESES	13.340.000

Esta constancia se expide a solicitud de la interesada.

Hospital Local Tauramena Empresa Social del Estado GERENTE

MILAYEV GONZALEZ RODRIGUEZ
Gerente

SOLUCIONES OUTSOURCING B.P.O. SAS
ADMINISTRADOR DE NOMINA PARA

CORPORACION MI IPS LLANOS ORIENTALES
NIT. 822006818-7

CERTIFICA

Que de acuerdo con los registros de nómina el (la) señor(a) **LUZ MARINA ZORRO ZORRO** *identificado(a) con cedula de ciudadanía* **C.C 33625571** *laboró en la* **CORPORACION MI IPS LLANOS ORIENTALES** *mediante contrato de trabajo a termino* **fijo** *desde el día,* **09 de Febrero de 2019** *hasta el día* **08 de Mayo de 2019** *desempeñando el cargo de* **REGENTE DE FARMACIA.**

Se expide la presente certificación, en la ciudad de Bogotá, DC el día 13 de Junio de 2019, a solicitud del interesado.

La información de la presente certificación puede ser confirmada telefónicamente al 5552129 Ext. 1001-1010-1018 en la ciudad de Bogotá.

Lo anterior se certifica como outsourcing de nómina de la CORPORACION MI IPS LLANOS ORIENTALES.

Cordialmente,

JOHN ALEXANDER GALINDO VARGAS
Coordinador (a) de Nómina
Designado por **SOLUCIONES OUTSOURCING B.P.O. SAS**

Juan Baron V.

Llanos

SOLUCIONES OUTSOURCING B.P.O. SAS
ADMINISTRADOR DE NOMINA PARA

CORPORACION IPS LLANOS ORIENTALES
NIT. 822.006.818-7

CERTIFICA

Que de acuerdo con los registros de nómina el (la) señor(a) ***LUZ MARINA ZORRO ZORRO*** *identificado(a) con cedula de ciudadanía* ***33.625.571*** *laboró en la* ***CORPORACION IPS LLANOS ORIENTALES*** *mediante contrato de trabajo a termino* ***FIJO*** *desde el día,* ***10 de julio de 2017*** *hasta el día* ***9 de agosto de 2017*** *desempeñando el cargo de* ***REGENTE DE FARMACIA.***

Se expide la presente certificación, en la ciudad de Bogotá, DC 12 de Febrero de 2018, a solicitud del interesado.

La información de la presente certificación puede ser confirmada telefónicamente al 2879626 Ext. 1001-1013-1018-1021-1010-1011 en la ciudad de Bogotá.

Lo anterior se certifica como outsourcing de nómina de la CORPORACION IPS LLANOS ORIENTALES

Cordialmente,

Javier Rodríguez

SOLUCIONES

MARIZOL CADENA MORENO
Coordinador(a) de Nómina y Contratación
Designado por ***SOLUCIONES OUTSOURCING B.P.O. SAS***

DROGUERIA EL MASTRANTO

ALAN DAVID RIVEROS TOVAR

NIT: 1010163252-6

CERTIFICADO LABORAL

Yo ALAN DAVID RIVEROS TOVAR, identificado con C.C. No. 1.010.163.252 Btá hago constar que la señora LUZ MARINA ZORRO ZORRO identificada con la C.C. No. 33.625.571 Trabajo en esta Droguería desde el día 2 de Marzo del 2010 hasta el 31 de Julio del 2018 desempeñando el cargo de REGENTE DE FARMACIA tiempo durante el cual demostró ser una persona responsable y cumplidora de sus obligaciones.

Se expide en Tauramena CAS a solicitud del interesado (03) días del mes de agosto 2018.

Alan David Riveros Tovar

C.C. 1.010.163.252 BTA

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

LUZ MARINA ZORRO ZORRO

IDENTIFICADO(A) CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 33.625.571

Asistió al Curso de:

ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA Y EL ABUSO SEXUAL CON ENFOQUE DIFERENCIAL (AVS)

Intensidad Horaria de 45 Horas.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE DOS (2) AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE YOPAL A LOS 24 DÍAS DEL MES DE SEPTIEMBRE DEL 2026.

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL

Dancy Sidney Monje Perez
REPRESENTANTE LEGAL

LA PRESENTE CERTIFICACION SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 376 DEL 2022 ESTANDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO **ACADEMICO@IMAVSS.COM** O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN **321 405 9500.**

66ae81cb-99a4-4a89-acd1-087dac1f58fb

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

LUZ MARINA ZORRO ZORRO

ha participado y aprobado el Curso Virtual

Precauciones básicas: higiene de manos (COVID-19)

(versión en español revisada y adaptada para la región de las Américas del material disponible en OpenWHO)

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 1 - Porcentaje de aprobación: 100,00 %

3 de agosto de 2024

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=66ae81cb-99a4-4a89-acd1-087dac1f58fb

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

LUZ MARINA ZORRO ZORRO

IDENTIFICADO(A) CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 33.625.571

Asistió al Curso de:

SEGURIDAD DEL PACIENTE (SP)

Intensidad Horaria de 45 Horas.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE DOS (2) AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE YOPAL A LOS 25 DÍAS DEL MES DE SEPTIEMBRE DEL 2026.

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL

Dancy Sidney Monje Perez
REPRESENTANTE LEGAL

LA PRESENTE CERTIFICACION SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACION INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL. DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL DECRETO 376 DEL 2022 ESTANDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO **ACADEMICO@IMAVSS.COM** O COMUNICARSE A NUESTRA LINEA DE ATENCION **321 405 9500.**

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

LUZ MARINA ZORRO ZORRO

IDENTIFICADO(A) CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 33.625.571

Asistió al Curso de:

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

Intensidad Horaria de 45 Horas.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE DOS (2) AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE YOPAL A LOS 23 DÍAS DEL MES DE SEPTIEMBRE DEL 2026.

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL

Dancy Sidney Monje Perez
REPRESENTANTE LEGAL

LA PRESENTE CERTIFICACION SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACION INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACION DE APTITUD OCUPACIONAL
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACION INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL DECRETO 376 DEL 2022 ESTANDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACION CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRONICO **ACADEMICO@IMAVSS.COM** O COMUNICARSE A NUESTRA LINEA DE ATENCION **321 405 9500.**

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

LUZ MARINA ZORRO ZORRO

IDENTIFICADO(A) CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 33.625.571

Asistió al Curso de:

HUMANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD (HSS)

Intensidad Horaria de 45 Horas.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE DOS (2) AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE YOPAL A LOS 26 DÍAS DEL MES DE SEPTIEMBRE DEL 2026.

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL

Dancy Sidney Monje Perez
REPRESENTANTE LEGAL

LA PRESENTE CERTIFICACION SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACION INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL. DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 376 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACION CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD.
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRONICO **ACADEMICO@IMAVSS.COM** O COMUNICARSE A NUESTRA LINEA DE ATENCION **321 405 9500.**

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

LUZ MARINA ZORRO ZORRO

IDENTIFICADO(A) CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 33.625.571

Asistió al Curso de:

DIAGNÓSTICO Y MANEJO CLÍNICO DEL DENGUE (DMD)

Intensidad Horaria de 45 Horas.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE DOS (2) AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE YOPAL A LOS 21 DÍAS DEL MES DE SEPTIEMBRE DEL 2026.

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL

Dancy Sidney Monje Perez
REPRESENTANTE LEGAL

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACION DE APTITUD OCUPACIONAL
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL DECRETO 376 DEL 2022 ESTANDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD.
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRONICO **ACADEMICO@IMAVSS.COM** O COMUNICARSE A NUESTRA LINEA DE ATENCIÓN **321 405 9500.**

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

LUZ MARINA ZORRO ZORRO

IDENTIFICADO(A) CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 33.625.571

Asistió al Curso de:

PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS (LDIH)

Intensidad Horaria de 45 Horas.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE DOS (2) AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE YOPAL A LOS 22 DÍAS DEL MES DE SEPTIEMBRE DEL 2026.

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL

Dancy Sidney Monje Perez
REPRESENTANTE LEGAL

LA PRESENTE CERTIFICACION SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACION INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 376 DEL 2022 ESTANDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACION CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD.
PARA VALIDACION DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRONICO **ACADEMICO@IMAVSS.COM** O COMUNICARSE A NUESTRA LINEA DE ATENCION **321 405 9500.**

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
Influenza V		5-10-2026	N08	Nuba Sánchez

Single Adult dose.
Composition:
Each 1.0 mL contains
Purified HBsAg 20.0 µg
Aluminium Hydroxide Gel equivalent to Al^{+++} 0.50 mg
Thiomersal(as preservative) 0.05 mg
Phosphate Buffer q.s. to 1.0 mL
Recombinant HBsAg Produced in *Pichia pastoris.*
Dosage and Administration:
1.0 mL for Intramuscular use only.
Refer Literature for further information.

Batch No.: 25GHBV015

1.0 mL
Hepatitis B Vaccine (rDNA) B.P.
Elovac-B®
For Intramuscular use only

WARNING :
To be sold by retail on the prescription of a Registered Medical Practitioner only.

Mfg. Date: JUL25 Exp. Date: JUN28

Store between +2°C and +8°C.
Do not freeze.
Discard vaccine if frozen.
SHAKE WELL BEFORE USE
Manufactured & Marketed by:
Human Biologicals Institute
(A Division of Indian Immunologicals Limited)
Rakshapuram, Gachibowli P.O.,
Hyderabad - 500 032, Telangana, India
® Registered Trade Mark
Mfg. Lic. No. : 02/RLAP/2005/V/R

PLG25+03/B0

INFLUVAC® TETRA
TEMPORADA 2026
Uso subcutáneo profundo/intramuscular
Suspensión inyectable
1 dosis de 0,5 mL
Abbott Biologicals B.V.
Reg. San. Invima 2020MB-0000008
Abbott

1142919

Lote: N08

Fab.: 02 2026

Vence: 01 2027

SPCO.SAPAS.18.07.0081

Powered by CamScanner

Serumédicas S.A.

Área Vacunación

Certificado de Vacunación

Institución: _____

Nombre: Luz Maria Zorro Zorro

Identificación: 38625571 Tel: 3112366974

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
Hepatitis B	1	5-10-2026	245HBV015	[signature]
Hepatitis B	2	Cita 5-NOVIEMBRE/26		
Hepatitis B	3			

Cortesía de Sanofi Vacunas

Powered by CamScanner

Carné Digital de Vacunación Colombia

Salud

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: c2b7dd3-754d-4ce5-ae7e-4aea40577e34

Nombres y apellidos / Full name

LUZ MARINA ZORRO ZORRO

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

3 3 6 2 5 5 7 1

Fecha de nacimiento / Date of birth

17/05/1985

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

3112366974

Correo electrónico / e-mail

marina8517@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
		Día / Day	Mes / Month	Año / Year				
TD Adulto	Primera	04	05	2020		2338X004AE	TAURAMENA ESE HOSPITAL LOCAL	NUBIA EDITH SANCHEZ PINEDA
Fiebre Amarilla	Única	04	05	2020		R3C231V	TAURAMENA ESE HOSPITAL LOCAL	NUBIA EDITH SANCHEZ PINEDA
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	04	05	2020		V50220006	TAURAMENA ESE HOSPITAL LOCAL	NUBIA EDITH SANCHEZ PINEDA
COVID SINOVAC	Primera	10	03	2021		E202102011	TAURAMENA ESE HOSPITAL LOCAL	CLAUDIA CALIXTO GAITÁN
COVID SINOVAC	Segunda	07	04	2021	Sinovac	L202103006	TAURAMENA ESE HOSPITAL LOCAL	ANA PARRALES
COVID MODERNA	Primer Refuerzo	27	11	2021	MODERNA SWITZERLAND GMBH	060D21A	TAURAMENA ESE HOSPITAL LOCAL	ANA PARRALES
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	20	05	2025	GC BIOPHARMA CORP	V50525003	TAURAMENA ESE HOSPITAL LOCAL	CLAUDIA CALIXTO GAITAN - CC23467997 - INACTIVO
Sarampión Rubéola	Adicional	16	03	2026	Serum	0094W003	TAURAMENA ESE HOSPITAL LOCAL	GLORIA HELENA SANCHEZ RONDON - CC23467755 - ACTIVO

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

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

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

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

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

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

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

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

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 *

33625571

Primer Nombre

LUZ

Primer Apellido

ZORRO

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

2082

Limpiar

Resultado General -2026-09-29→2:44:08 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	D
CC	33625571	LUZ	MARINA	ZORRO	ZORRO	Vigente	V

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) LUZ MARINA ZORRO ZORRO identificado(a) con CC 33625571 registra La siguiente información:

2026-09-29→2:44:08 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
TEC	Local	TECNOLOGIA EN REGENCIA DE FARMACIA	2015-09-14	2406	GOBERNACION DEL TOLIMA

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

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 303946190

PIB
18:50:18

Bogotá DC, 29 de septiembre del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) LUZ MARINA ZORRO ZORRO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 33625571:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 29 de septiembre de 2026, a las 18:43:14, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	33625571
Código de Verificación	33625571260929184314

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 06:53:07 PM horas del 29/09/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **33625571**
Apellidos y Nombres: **ZORRO ZORRO LUZ MARINA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

DIJIN

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

Policía Nacional de Colombia (https://www.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, 30/09/2026 11:29:11 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **33625571** y Nombre: **LUZ MARINA ZORRO ZORRO.**

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. **148689273** . 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

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 33625571 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 30/09/2026 12:16 PM

Código Verificación: **LUE9JVS3YW**

Válida hasta: **30/12/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 19:14:22 horas del 29/09/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **33625571,** Apellidos y Nombres **ZORRO ZORRO LUZ MARINA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

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

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

Área de Administración de Información Criminal

ENLACES DE INTERÉS

> Portal web DIJIN

> Consulta Antecedentes Judiciales

> Protección de Datos

SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES

© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

LUZ MARINA ZORRO ZORRO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **33.625.571**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 5 de Octubre 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.

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Luz Marina Zorro Zorro, identificado(a) con CC número 33625571, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 33625571
NOMBRES Y APELLIDOS	Luz Marina Zorro Zorro
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	17/05/1985
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	17/03/2022
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	17/03/2022
NIVEL SISBEN	2
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 33625571 LUZ MARINA ZORRO ZORRO Desde 01/09/2022 - Vigente

Generado por interfaces

30/09/2026

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

aportes en línea

Planilla Integrada

GENERALES DEL APORTANTE

ficación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
571		ZORRO ZORRO LUZ MARINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 5# 8b - 30	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6247190	No

GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
	2026-09		9511903480	I	2026/10/19			0	

ACION DETALLADA DE APORTES

| EMPLEADO | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | |

	PENSION												SALUD								CCF					RIESGOS				
ra	Días	IBC	Tarifa	Tarifa Alto Riesgo Pensión	Valor Cotización	Cotización Voluntaria Empleador	Cotización Voluntaria Afiliado	Fondo Solidaridad Pensional	Fondo Subsistencia	Valor No retenido	Total	AFP Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Valor UPC	Total	EPS Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Clase Riesgo
	30	$ 1.750.905	16%	SIN RIESGO	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.200		SANITAS	30	$ 1.750.905	12,5%	$ 218.900	$ 0	$ 218.900			0	$ 0	0%	$ 0	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	30	$ 1.750.905	2,436%	
											$ 280.200						$ 218.900		$ 218.900						$ 0					

.ES				
Tarifa ESAP	Valor Cotización ESAP	Tarifa MEN	Valor Cotización MEN	Exonerado SENA e ICBF
0%	$0	0%	$0	No
	$ 0		$ 0	

aportes en línea

Planilla Integrada

GENERALES DEL APORTANTE

ficación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
71		ZORRO ZORRO LUZ MARINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 5# 8b - 30	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6247190	No

GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
	2026-09		9511903480	1	2026/10/19			0	

MEN DE PAGO

	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	Fondo Solidaridad Pensional	Intereses de Mora Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Intereses de Mora Fondo Subsistencia	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGA
MINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0					$0	$280,2
ENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$280,2
MINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$0					$0	$42,7
TIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$42,700	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$42,7
MINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0					$0	$218,9
TAS	EPS005	800,251,440	6	1	$218,900	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$218,9
				1	$541,800	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$541,8

DARILAB S.A.S IPS
Nit. 900635772 - 8
Dirección: CALLE 3 No 12-76 CENTRO
Tel: 3103291099

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

INGRESO

Tipo certificación: Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Post incapacidad ( ) Caso ocupacional ( )
Control ( ) Reubicación ( ) Ingreso al SVE ( ) Trabajo en alturas ( )

DATOS DEL PACIENTE



Fecha **26/09/2026 12:30:00**

Empresa **PARTICULAR**

Doc. Identidad **CC 33625571** Nombre **LUZ MARINA ZORRO ZORRO**

Cargo **REGENTE DE FARMACIA**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

CONCEPTO

Cumple con las condiciones requeridas para el cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

-CUMPLIMIENTO ESTRICTO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE SOBRE MANIPULACION DE CARGAS.
-USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN PERFIL DEL CARGO
-CUMPLIMIENTO ESTRICTO AL PROGRAMA DE LA EMPRESA DE PAUSAS ACTIVAS.
-DIETA HIPOGRASA E HIPOCALORICA-BAJA EN CARBOHIDRATOS.
-EJERCICIO FÍSICO REGULAR MÍNIMO 150 MINUTOS SEMANALES

RESTRICCIONES LABORALES

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ( ) Auditivo ( ) Respiratorio ( ) Cardiovascular ( ) Psicosocial ( ) Ergonómico (X) Otros (X)

REMISIÓN SI ( ) NO (X) **ARL** SI ( ) NO ( ) **EPS** SI ( ) NO ( )

Autorizo al Doctor(a) abajo mencionado, a realizar el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es) explicándome de forma clara y concisa la naturaleza y propósito de los mismos, entendiendo los beneficios, limitaciones y riesgos de los exámenes, declaro que fui informado de los procedimientos y resultados por lo tanto Autorice plenamente la realización de los mismos, se me garantiza la confidencialidad en el manejo de mi información.

Yohana Lesmes C.
Médico Esp. Salud Ocupacional

Dra. YOHANA LESMES COMAYAN
Med. Esp. en SST
RM:85 074/2012
LSO: 19875/2024

Luz Marina Z.

Trabajador: LUZ MARINA ZORRO ZORRO
CC: 33625571
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica