Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

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
TUANA	JIMENEZ	MARIA SHIRLEY

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1065245654

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 26 MES 11 AÑO 1994

PAÍS COLOMBIA

DEPTO SANTANDER

MUNICIPIO BUCARAMANGA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 16 # 5-13

PAÍS COLOMBIA DEPTO CESAR

MUNICIPIO SAN ALBERTO.

TELÉFONO 3175591090 EMAIL

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:
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10 11	MES 12 AÑO 2014

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA 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 SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
TE	6.	X		TECNOLOGA EMPRESARIAL	11	2022	
TC	4	X		ASISTENCIA ADMINISTRA.	12	2017.	

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
INDUSTRIAS TULIO Y PINTO		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CESAR	SAN ALBERTO	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3123517772	DÍA 17 MES 03 AÑO 2020	DÍA 30 MES 07 AÑO 2022

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
EJECUTIVO DE CUENTAS		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ALESPAN LECHE		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CESAR	SAN ALBERTO	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3004466057	DÍA 01 MES 03 AÑO 2022	DÍA 30 MES 07 AÑO 2022

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
VENDEDORA		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
CALTEOS DEL CESAR PLANOS		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CESAR	SAN ALBERTO	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3106230987	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
MERCADO IMPULSADO		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DISTRIBUCIONES GEAS	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CESAR	SAN ALBERTO	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
5123389083	DÍA 10 MES 10 AÑO 2017	DÍA 10 MES 03 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 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	6.	
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	6.	

5 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 INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

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

*Ciudad y fecha de diligenciamiento*_____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 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

Hoja de Vida – Maria Shirley Triana Jimenez





La Universidad Industrial de Santander

en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional,
en atención a que

Maria Shirley Triana Jimenez

cédula de ciudadania N° 1.065.245.654 expedida en San Alberto

Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos, le confiere el título de

Tecnóloga Empresarial

En testimonio de ello, se firma y se le entrega el presente Diploma,
en la ciudad de Bucaramanga, el 11 de octubre del año 2022

Registrado al folio 693 Libro 14-P Diplomas de Grado

Rector

Secretario General

Personería Jurídica 075 - Resolución No. 21 del 21 de febrero de 1949 del Ministerio de Justicia.



REPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

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

MARIA SHIRLEY TRIANA JIMENEZ

Con Cedula de Ciudadanía No. 1 065 245 654

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

Titulo de

TÉCNICO EN

ASISTENCIA ADMINISTRATIVA

En testimonio de lo anterior, se firma el presente Título en San Alberto a los siete (7) días del mes de diciembre de dos mil diecisiete (2017)

Firmado Digitalmente por
IVAN ARTURO BOLAÑO BAUTE
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

IVAN ARTURO BOLAÑO BAUTE
Subdirector (E) CENTRO AGROEMPRESARIAL
REGIONAL CESAR

3738396 - 07/12/2017
No y FECHA REGISTRO

La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre

El Instituto Jorge Tadeo Lozano

Autorizado por la Secretaría de Educación
del Departamento del Meta
Res. No 3128 de 2008 y 5233 de 2012
Educación Formal Jóvenes y Adultos

Confiere a:

María Shirley Triana Jiménez

Identificado(a) con T.I *No.* 961126 - 14610 *De* San Alberto

el Título de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondiente al Nivel de Educación Media, según los planes y programas vigentes.

Jorge Tadeo Lozano

Rector

Secretario

Dado en Mesetas *a los* 07 *Dias del mes de* diciembre *de* 2014

Anotado al folio 010 *Libro de registro* 01

El Instituto Jorge Tadeo Lozano

Resolución de Aprobación No. 3128 de 2008 y 5233 de 2012 Mesetas - Meta
Secretaría de Educación del Meta
Código DANE: 550330000001 - Nit.: 79.357.076 - Código Icfes. 095489

ACTA DE GRADO

En el municipio de Mesetas – Meta a siete (07) días del mes de diciembre del año 2014, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último grado, los suscritos Rector (a) y Secretario (a) en la Rectoría del INSTITUTO JORGE TADEO LOZANO de Mesetas, Institución aprobada para los ciclos I al IV; grados 1° a 9° de Educación Básica secundaria y los ciclos V y VI; grados 10° y 11° de Educación Media, autorizado por la Secretaría de Educación del Departamento del Meta, para otorgar el título de Bachiller Académico, según Resolución No. 3128 y 5233 del año 2012.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Básica y Media, se procedió a otorgar el título de:

BACHILLER ACADÉMICO

Al graduando cuyos, nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

MARIA SHIRLEY TRIANA JIMENEZ
T.I 961126-14610 de San Alberto - Cesar

Es fiel copia tomada del Acta Original N° 002 de fecha siete (07) días del mes de diciembre del año 2014, que inicia con el nombre de ARDILA PAEZ DEISSY ALEJANDRA y termina con el nombre de TRIANA JIMENEZ MARIA SHIRLEY.

Firmada y sellada por el Licenciado GONZALO NARANJO GARCES (Rector) y CLARIBEL PARDO GUTIÉRREZ (Secretaria).

Dada en Mesetas (Meta) a siete (07) días del mes de diciembre del año 2014.

Lic. GONZALO NARANJO GARCES
Rector
C.C. 17.314.042 de Villavicencio

CLARIBEL PARDO GUTIERREZ
Secretaria
C.C 40.398.039 de Villavicencio

Jorge Tadeo Lozano

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	2026-10-05 08:51

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
MARIA	SHIRLEY	TRIANA	JIMENEZ

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1065245654

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	BUCARAMANGA

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	CESAR	Municipio	SAN ALBERTO

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 LAZARO ALFONSO HERNANDEZ LARA - SAN ALBERTO

Lugar de sede					
País	COLOMBIA	Departamento	CESAR	Municipio	SAN ALBERTO

Dirección	["Cra. 2 No. 6-08 BARRIO VILLAFANY"]
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	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$0,00

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

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:

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 141283201229

(415)7707212489984(8020) 000014128320122 9

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1065245654	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Cesar 2 0	San Alberto 7 1 0

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
TRIANA	JIMENEZ	MARIA	SHIRLEY

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cesar 2 0	San Alberto 7 1 0

41. Dirección principal: CL 1 E # 5 - 13 BRR VILLAFANNY

42. Correo electrónico: trianamariashirley@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2026-10-02 / 05:02:28PM

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: TRIANA JIMENEZ MARIA SHIRLEY

985. Cargo: Contribuyente

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

NUEVA EPS S.A

Certifica...

180 - 0

Que las personas relacionadas a continuación en cumplimiento de lo establecido en las normas legales vigentes han cotizado al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de esta Entidad Promotora de Salud las siguientes semanas de cotización:

Datos Cotizante Cabeza de Familia...

CC 1065245654 MARIA SHIRLEY TRIANA JIMENEZ

Semanas Cotizadas NUEVA EPS S.A

Fecha Afiliación	15/03/2023	**Estado Cotizante**	ACTIVO
Fecha Ultimo Periodo Cotizado.	01/01/2024	**Causal**	
Fecha Cancelación.	00/00/0000		

Beneficiarios

La presente certificación se expide el dia 6 de Octubre de 2026 a solicitud del interesado.

Observaciones

MARLY DAYANA MADRID ROJAS

ASESOR DE SERVICIO AL CLIENTE

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:

MARIA SHIRLEY TRIANA JIMENEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.065.245.654**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantias 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.

Fuller Pinto

CERTIFICAMOS QUE:

La señora **TRIANA JIMENEZ MARIA SHIRLEY**, identificada con Cédula de Ciudadanía N° **1.065.245.654** está vinculada con la empresa **FULLER PINTO S.A.** con **NIT. 860.031.786-3,** con un contrato de trabajo a término fijo inferior a un año, desempeñando el cargo de **EJECUTIVA DE VENTAS.**

- Desde el 17 de Marzo de 2020 Actualmente laborando

Devengando un salario básico mensual de **Un Millón de Pesos Mcte. ($1.000.000).**

Esta certificación se expide a solicitud de la interesada, en la ciudad de Bogotá, al Diez (10) días del mes de Julio de 2020.

Cordialmente,

Fuller Pinto
NIT. 860.031.786-3

Diana Constanza Camargo
Analista Master Control de Personal
Fuller Pinto S.A.

LA DIVISIÓN DE GESTION HUMANA DE
GLORIA COLOMBIA S.A
SE PERMITE CERTIFICAR QUE:

La señora **TRIANA JIMENEZ MARIA SHIRLEY** identificada con cedula de ciudadania **No. 1065245654** realizó su práctica en la compañía desde el dia **10 DE MARZO DE 2017**, hasta el dia **09 DE SEPTIEMBRE DE 2017** como **APRENDIZ**, en el área de **ACOPIO.**

La presente se expide en la ciudad de Bogotá, a los trece (13) dias del mes de octubre de 2017 a solicitud del interesado.

Atentamente

GLORIA
COLOMBIA S.A
NIT. 830.507.278-9

SERGIO [illegible] RAMIREZ INFANTE
Jefe Administración Personal
Gloria Colombia S.A
Nit 830.507.278-9

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 304242385

PIB
08:57:29

Bogotá DC, 05 de octubre 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) MARIA SHIRLEY TRIANA JIMENEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1065245654:

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 lunes 05 de octubre de 2026, a las 09:02:37, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1065245654
Código de Verificación	1065245654261005090237

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:04:15 AM horas del 05/10/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1065245654**

Apellidos y Nombres: **TRIANA JIMENEZ MARIA SHIRLEY**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

DIJIN

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

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 05/10/2026 09:05:18 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1065245654** y Nombre: **MARIA SHIRLEY TRIANA JIMENEZ.**

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. **148955420** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Carrera 59 # 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN , Bogotá D.C
Línea de atención: 018000-910112

GOV.CO

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 1065245654 **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 05/10/2026 09:10 AM

Código Verificación: **5WDMP1BGJH**

Válida hasta: **05/01/2027**

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 09:11:16 horas del 05/10/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1065245654,** Apellidos y Nombres **TRIANA JIMENEZ MARIA SHIRLEY**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HOSPITAL LAZARO ALFONSO HERNANDEZ LARA** , con NIT **824000586-3** 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

crediservir

DG-31-2901-2026

LA COOPERATIVA ESPECIALIZADA DE AHORRO Y CRÉDITO
CREDISERVIR

CERTIFICA

Que Maria Shirley Triana Jimenez, con cédula de ciudadanía No. 1065245654, es asociado(a) de la cooperativa, con la siguiente cuenta de ahorros:

Tipo de Producto: Rindediario
Número de cuenta: 2060007349
Fecha de apertura: 18/06/2019
Estado de la cuenta: Activo
Código de producto: 0007000013638

Esta cuenta se encuentra activa para recibir transferencias interbancarias, con la siguiente información:
Número de la cuenta: **0007000013638**
Tipo de Cuenta: **Ahorros**
Entidad: **Banco Cooperativo Coopcentral**

"Las transferencias interbancarias quedarán aplicadas en un tiempo máximo de 48 horas hábiles".

La presente se expide a los 5 días del mes de octubre del año 2026, a solicitud del interesado.

Este documento únicamente contiene información de los productos requeridos por el titular.

CREDISERVIR

VIGILADA SUPERSOLIDARIA - INSCRITA A FOGACOOP

fogacoop | Sus depósitos están protegidos por el SEGURO PARA SU AHORRO www.fogacoop.gov.co

San Alberto, calle 6 2-26 Parque principal
Teléfono: (333) 0333701
Email: ofsanalberto@crediservir.com
Web: www.crediservir.com

CENFISEM IPS
CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL

NIT: 900327048-2
CARRERA 6 NUMERO 6-05 BARRIO VILLA PRADO, SAN ALBERTO-CESAR
Cel. 3128532700 - Tel. 5645707
E-mail. cri_cenfisem@hotmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 10.838

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
05 DÍA	10 MES	2026 AÑO	SAN ALBERTO (CESAR, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES

CIIU (Actividad Económica) del empleador:
SIN REGISTRAR

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
TRIANA JIMENEZ MARIA SHIRLEY	FEMENINO	29 AÑOS 10 MESES 8 DÍAS	CC (Tipo)	1065245654 (Número)

Cargo
AUXILIAR DE FACTURACION

EPS	AFP	ARL
NUEVA EPS	PORVENIR	NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACION OCUPACIONAL Y OSTEOMUSCULAR	✓	GLUCOSA EN SUERO (GLICEMIA)	✓
VISIOMETRIA	✓	PERFIL LIPIDICO	✓
CUADRO HEMATICO	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	SVE VISUAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	SVE AUDITIVO	CONTROL DE PESO
	SVE CARDIOVASCULAR	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
	SVE OSTEOMUSCULAR	DIETA BALANCEADA

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

José Libardo Cañas
R.M. 1065654101 - L.S.O. 010324

Firma:

Nombre: CC: 1065654101 - JOSE LIBARDO CAÑAS

R. M.: 1065654101 **L.S.O.:** 010324

Código de Seguridad
V669B1H10838

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: TRIANA JIMENEZ MARIA SHIRLEY

CC: 1065245654

CENFISEM IPS

NIT: 900327048-2
CARRERA 6 NUMERO 6-05 BARRIO VILLA PRADO, SAN ALBERTO-CESAR
Cel. 3128532700 - Tel. 5645707
E-mail: cri_cenfisem@hotmail.com

Código de Seguridad
B669H33N28954



DATOS PERSONALES — **Orden de Servicio N°: 28954**

Municipio: SAN ALBERTO (CESAR, COLOMBIA) Fecha y Hora: lunes, 5 de octubre de 2026 09:41:51 a.m.

Nombres y Apellidos: TRIANA JIMENEZ MARIA SHIRLEY CC: 1065245654 Género: FEMENINO

F. Nacimiento: 26/11/1996 Edad: 29 AÑOS 10 MESES 9 DÍAS Entidad: PARTICULARES CONTADO

RESULTADOS DEL LABORATORIO

HEMATOLOGÍA

CUADRO HEMATICO

CUADRO HEMATICO							
LEU:	9.5	10^9/L	(4.0 – 10.0)	MCV:	94.9	fL	(80 - 100)
# LIN:	3.1	10^9/L	(0.8 – 4.0)	HCM:	26.4	pg	(27.0 – 34.0)
# MID:	1.0	10^9/L	(0.1 – 1.5)	CCMH:	27.8	g/dL	(32.0 - 36.0)
# GRA:	5.4	10^9/L	(2.0 – 8.0)	RDW-CV:	14.2	%	(11.0 – 16.0)
% LIN:	32.7	%	(20.0 – 40.0)	RDW-SD	48.9	fL	(35.0 – 56.0)
% MID:	10.7	%	(3.0 – 15.0)	PLT:	312	10^9/L	(150 – 450)
% GRAN:	56.6	%	(50.0 – 70.0)	MPV:	8.6	fL	(6.5 – 12.0)
RBC:	4.75	10^12/L	(3.5 – 5.50)	PDW:	16.8		(15.0 – 17.0)
HGB:	12.5	g/dL	(12.0 – 16.0)	PCT:	2.67	mL/L	(1.08 – 2.82)
HCT:	45.1	%	(35.0 – 49.0)				

Katherine Villamizar Meneses
CC: 1098612925
Bacteriólogo(a) RP: 1098612925

QUÍMICA

GLUCOSA EN SUERO (GLICEMIA)

QUIMICA			
GLICEMIA BASAL:	100	mg/dl	VN: 75-110 mg/dl

Katherine Villamizar Meneses
CC: 1098612925
Bacteriólogo(a) RP: 1098612925

CENFISEM IPS
NIT: 900327048-2
CARRERA 6 NUMERO 6-05 BARRIO VILLA PRADO, SAN ALBERTO-CESAR
Cel. 3128532700 - Tel. 5645707
E-mail: cri_cenfisem@hotmail.com

Código de Seguridad
B669H33N28954



DATOS PERSONALES — **Orden de Servicio N°: 28954**

Municipio: SAN ALBERTO (CESAR, COLOMBIA) — Fecha y Hora: lunes, 5 de octubre de 2026 09:41:51 a.m.

Nombres y Apellidos: TRIANA JIMENEZ MARIA SHIRLEY — CC: 1065245654 Género: FEMENINO

F. Nacimiento: 26/11/1996 Edad: 29 AÑOS 10 MESES 9 DÍAS Entidad: PARTICULARES CONTADO

PERFIL LIPIDICO

QUIMICA			
PRUEBA	*RESULTADO*	UNIDADES	VALOR NORMAL
COLESTEROL TOTAL:	150	mg/dl	Hasta 200 mg/dl
TRIGLICÉRIDOS:	148.5	mg/dl	Hasta150 mg/dl
COLESTEROL HDL:	55	mg/dl	> 60 mg/dl
COLESTEROL LDL:	72.2	mg/dl	**VN:** <130 mg/dl

Katherine Villamizar Meneses
CC: 1098612925
Bacteriólogo(a) RP: 1098612925

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: d7f5940d-1352-45e3-80f5-f93ad9f515e

Nombres y apellidos / Full name: **MARIA SHIRLEY TRIANA JIMENEZ**

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

Número de identificación / ID Number: **1 0 6 5 2 4 5 6 5 4**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **26/11/1996**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3175590840**

Correo electrónico / e-mail: **noposee@gmail.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				
COVID MODERNA	Primera	18	11	2021	MODERNA SWITZERLAND GMBH	017J21A	SAN ALBERTO HOSPITAL LOCAL LAZARO A HERNANDEZ LARA	YEIMI YORKLEIDY BLANCO PEÑA
COVID PFIZER	Segunda	26	03	2022	PFIZER	ACC5853	SAN ALBERTO HOSPITAL LOCAL LAZARO A HERNANDEZ LARA	YEIMI YORKLEIDY BLANCO PEÑA
TD Adulto	Primera	25	11	2022	Serum	2331L024B	SAN ALBERTO HOSPITAL LOCAL LAZARO A HERNANDEZ LARA	LILIBETH MARTINEZ CASTRO
TdaP Acelular Gestante	Anual	29	07	2023	Glaxo SmithKline	AC37B391AC	AGUACHICA HOSPITAL LOCAL	ELIZABETH GOMEZ MONTAÑO
TD Adulto	Segunda	29	07	2023		AC37B391AC	AGUACHICA HOSPITAL LOCAL	ELIZABETH GOMEZ
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	29	07	2023	BUTANTAN	230046	AGUACHICA HOSPITAL LOCAL	ELIZABETH GOMEZ MONTAÑO
COVID SINOVAC	Primer Refuerzo	06	05	2024	Sinovac	2O2112132B	AGUACHICA HOSPITAL LOCAL	RITA MERCEDES LAGO ORTIZ
TD Adulto	Tercera	06	05	2024	Serum	2333L021C	AGUACHICA HOSPITAL LOCAL	RITA LAGO
Fiebre Amarilla	Única	09	09	2025	Sanofi Pasteur	Y3D08	AGUACHICA HOSPITAL LOCAL	ZORAIDA SANTIAGO CARRILLO - CC49672054 - ACTIVO
TD Adulto	Cuarta	09	09	2025	Serum	2334X006A	AGUACHICA HOSPITAL LOCAL	ZORAIDA SANTIAGO CARRILLO - CC49672054 - ACTIVO

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

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

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

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

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

MARIA SHIRLEY TRIANA JIMENZ

C.C 1.065.245.654

Participó y completó el curso virtual

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 06 de octubre 2026

Código: 7611529599000

	PROCESO DE APOYO	PA-GJU-FT-025	Versión: 01
E.S.E. Hospital Lázaro Alfonso Hernández Lara	GESTIÓN JURÍDICA	Fecha de emisión: 02/05/2025	
	FORMATO DE TRATAMIENTO DE DATOS - PRESTACIONES	página 1 de 1	

Autorización para el tratamiento de datos personales
Contratación de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión.

NOMBRES Y APELLIDOS	MARIA SHIRLEY TRIANA
TIPO DE DOCUMENTO	CC
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	1065245654
EMAIL:	Mshirly triana@Gmail.com
TELÉFONO:	3175590134.

Por medio del presente y de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Hospital Lázaro Alfonso Hernández Lara de San Alberto Cesar, para que realice la recolección y tratamiento de mis datos personales que suministro de manera veraz y completa, los cuales serán utilizados para los diferentes aspectos relacionados con la contratación de prestación de servicios de la Entidad.

Igualmente, manifiesto que de conformidad con el artículo 56 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo - Ley 1437 de 2011 modificado por el artículo 10 de la Ley 2080 de 2021, autorizo expresamente al Hospital Lázaro Alfonso Hernández Lara a remitir notificaciones electrónicas al correo electrónico institucional que se me llegare asignar una vez inicié la ejecución contractual o al registrado por el suscrito(a) en la herramienta SECOP II.

Así mismo , manifiesto que el Hospital Lázaro Alfonso Hernández Lara , ha informado de forma clara y suficiente de los fines del tratamiento de la información, así como también, que no estoy obligado(a) a otorgar la presente autorización cuando se trate de información considera sensible, de acuerdo a lo prescrito en el artículo 6 de la Ley 1581 de 2012.

Por lo anterior, autorizo y acepto recibir notificaciones a través de medios electrónicos. De igual manera manifiesto que la presente autorización me fue solicitada y puesta de presente antes de entregar mis datos y que la suscribo de forma libre y voluntaria una vez leída en su totalidad.

Firma: _____
Nombre: Maria Shirley Triana Jimenez
Identificación: 1.065.245.654
Fecha: _____

	PROCESO DE APOYO	PA-GJU-FT-023	Versión: 01
E.S.E. Hospital Lázaro Alfredo Hernández Lara	GESTIÓN JURÍDICA	Fecha de emisión: 01/01/2025	
	FORMULARIO UNICO DE CONOCIMIENTO PERSONAS NATURALES Y JURÍDICAS SARLAFT	página 1 de 6	

Fecha de Diligenciamiento: 05 | 10 | 26 — Ciudad: SAN ALBERTO — Tipo de solicitud: Nuevo [X] Renovación [ ] Actualización [ ]

Clase de vinculación: Trabajador [ ] Proveedor servicios de salud [ ] Proveedor de Suministros [ ] Otros [ ]

1. PERSONA NATURAL

Apellidos: TRIANA | JIMENEZ — Nombres: MARIA | SHIRLEY

CC [X] CE [ ] TI [ ] RC [ ] Otro [ ] No. 1065245654 — Fecha de Nacimiento: 26 | 11 | 96

Lugar de Nacimiento: BUCARAMANGA | SANTANDER — Nacionalidad: COLOMBIANA

Ocupación/ Oficio: AUX. ADMINISTRA — Profesión: AUXADMINISTRA — Celular/ Teléfono: 3175591734

Dirección Residencia: CRA 4E # 5-13 — Municipio: SAN ALBERTO

Ingresos Mensuales: 0 — Egresos Mensuales: 0

Activos (pesos): 0 — Pasivos (pesos): 0

Patrimonio (pesos): 0 — Otros ingresos: 0

Concepto otros Ingresos:

2. PERSONA JURÍDICA

Nombre o Razón Social: — NIT:

Tiempo de Empresa: Pública [ ] Privada [ ] Mixta [ ] Sector de la Economía: — CIIU:

Tipo de contribuyente: Régimen simplifica [ ] Régimen Común [ ] Grandes Contribuyentes [ ] Otras entidades [ ]

Fecha de constitución en Cámara de Comercio: DD | MM | AA — Correo empresarial:

Oficina principal Dirección: — Municipio:

Teléfono: — Celular:

Sucursal/Agencia Dirección _____ Municipio _____

Teléfono _____ Celular _____

Representante Legal _____ _____ _____ _____

CC ☐ CE ☐ TI ☐ RC ☐ Otro ☐ No. _____ Fecha de Nacimiento _____

ID	Numero ID	NOMBRES Y APELLIDOS	¿Por su actividad o cargo administra recursos públicos?	¿Pro su actividad o cargo ejerce algún grado de poder púbico?	¿Por su actividad a cargo goza de reconocimiento público?	¿Está obligado de declaración tributaria en otro país? ¿Cual?
			SI NO	SI NO	SI NO	
			SI NO	SI NO	SI NO	
			SI NO	SI NO	SI NO	
			SI NO	SI NO	SI NO	
			SI NO	SI NO	SI NO	
			SI NO	SI NO	SI NO	

Ingresos Mensuales

Activos (pesos) _____

Patrimonio (pesos) _____

Egresos Mensuales

Pasivos (pesos) _____

Otros ingresos _____

Concepto otros Ingresos _____

3. PERSONAS PUBLICAMENTE EXPUESTAS - PEP

¿Por su cargo maneja recursos públicos? SI ☐ NO ☐
¿Por su cargo o actividad algún grado de poder público? SI ☐ NO ☐
¿Por su actividad u oficio, goza de usted de reconocimiento público general? SI ☐ NO ☐
¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta? SI ☐ NO ☐
¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países? SI ☐ NO ☐

4. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

1. Tanto mi actividad, profesión u oficio es licita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
2. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizar anualmente.
3. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas
4. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detallo ocupación, actividad o negocio):

Origen

5. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza operaciones en moneda extranjera?

SI ☐ NO ☐ Importaciones ☐ Exportaciones ☐ Inversiones ☐ Transferencias ☐ Otra ☐

Indique otras operaciones

¿Posee productos financieros en el Exterior? SI ☐ NO ☐ ¿Posee cuentas en moneda Extranjera? SI NO

Tipo de Producto	Identificación del Producto	Número del producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

6. DECLARACIÓN NO ENCONTRARSE EN LISTAS NACIONALES O INTERNACIONALES PARA EL CONTROL LA/FT

Con la suscripción de este formato declaro que no me encuentro en ninguna lista de las establecidas a nivel nacional o internacional para el control del lavado de activos o financiamiento del terrorismo; así mismo me responsabilizo ante le Hospital Lázaro Alfonso Hernández Lara por que mis empleados, accionistas, miembros de la junta directiva o junta de socios, representantes legales y revisor fiscal, tampoco se encuentren en dichas listas y me comprometo a actualizar actualmente la información en caso de que ocurran en la información suministrada al Hospital Lázaro Alfonso Hernández Lara de San Alberto – Cesar.

7. CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

Con la suscripción de este documento autorizo al Hospital Lázaro Alfonso Hernández Lara de San Alberto – Cesar:

1. Revelar mi información personal y de mis negocios, en caso de ser requerida por una autoridad competente en Colombia como la UIAF o la fiscalía general de la Nación.
2. Ser consultado en las bases de datos que permitan prevenir el lavado de activos y financiación del terrorismo.

Declaro que los recursos utilizados para el cumplimiento de loas obligaciones mi cargo, objeto del presente contrato no proviene ni provendrá de actividades ilícitas tale como el narcotráfico, terrorismo y financiamiento del terrorismo, lavado de activos, testaferrato, trafico de estupefacientes o delitos contra el orden constitucional, o que de alguna manera contrarien las leyes de la república, la moral o las buenas costumbres. Así mismo, se obliga con Hospital Lázaro Alfonso Hernández Lara de San Alberto – Cesar a implementar las medidas tendientes a evitar que sus operaciones puedan ser utilizadas sin su conocimiento y consentimiento como instrumento para el ocultamiento, manejo, inversión o aprovechamiento en cualquier forma de dinero u otros bienes provenientes de actividades delictivas o para dar apariencia de legalidad a estas actividades en virtud de esto, el cliente autoriza a ser consultado en base de datos.

El Hospital Lázaro Alfonso Hernández Lara de San Alberto – Cesar podrá terminar de manera unilateral e inmediata el presente contrato, cuando el cliente, sus socios o sus acciones y/o sus administradores llegaren a ser:
1.Vinculado por parte de las autoridades competentes a cualquier tipo de investigación por delitos de narcotráfico, terrorismo y financiación del terrorismo, lavado de activos, testaferrato, trafico de estupefacientes o delitos contra el origen constitucional.
2. Sea incluido en listas para el control de lavado de activos y financiación del terrorismo administradas por cualquier autoridad nacional o extranjera.
3. sea condenado por parte de las autoridades competentes en cualquier tipo de procesos judicial relacionado con la comisión de delitos de igual o similar naturaleza a los indicados en esta cláusula.

El suscriptor de este documento, indemnizará y mantendrá libre de cualquier daño al Hospital Lázaro Alfonso Hernández Lara de San Alberto – Cesar por cualquier multa o perjuicio que fueran probados y que sufra el Hospital Lázaro Alfonso Hernández Lara, por parte del suscriptor de las obligaciones que le apliquen en materia de prevención de riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo, así como cualquier reclamo judicial, extrajudicial y/o administrativo que autoridades competentes inicien en contra el Hospital Lázaro Alfonso Hernández Lara por ocasión de dicho incumplimiento. De igual manera el cliente se compromete a dar las explicaciones a que hubiere lugar originadas por el mencionado incumplimiento al Hospital Lázaro Alfonso Hernández Lara de San Alberto – Cesar y a los terceros que este le indique.

8. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1.Fotocopia de documento de identidad de la persona natural o persona jurídica ☐
2. Fotocopia del documento de identidad del representante legal ☐
3. Certificado de existencia y representación legal con vigencia no superior a dos meses para Personas jurídicas ☐

9. FIRMA Y HUELLA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento



Huella

FIRMA PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL

10. INFORMACIÓN RESERVADA PARA LA ENTIDAD

Recopilación y verificación de información
- ☐ La cédula coincide con el nombre suministrado
- ☐ Se confirma los datos registrados en el formato

Verificó en las siguientes listas
- ☐ Lista emitida por la ONU
- ☐ Lista SDN personas y empresas sancionadas por EEUU
- ☐ Lista de los más buscados por la Interpol
- ☐ Lista Antecedentes Judiciales Policía
- ☐ Lista FBI
- ☐ Otra ____

En caso de alguna inconsistencia o coincidencia positiva en las listas por favor informar al Oficial de Cumplimiento

ENCARGADO DE RECOPILAR LA INFORMACION

NOMBRE	
TD Y NUMERO	
CARGO	
EXTENCIÓN	
FECHA	HORA

ENCARGADO DE VERIFICAR LA INFORMACIÓN

NOMBRE	
TD Y NUMERO	
CARGO	
EXTENCIÓN	
FECHA	HORA

POSITIVA

GRUPO BICENTENARIO

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

Maria Shirley Triana Jimenez identificado con CC. 1065245654 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

Nombres y/o Razón	HOSPITAL LAZARO HERNADEZ LARA
Tipo y Numero de Documento	NI - 824000586

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL

Fecha de inicio de cobertura	2026/10/09	**Fecha inicio contrato**	2026/10/09
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/12/31
Riesgo	3	**Código actividad económica**	3861001 - Actividades de hospitales y clinicas, con internacion, comprende las actividades que consisten principalmente en
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	2026/12/31	**Estado del contrato**	Inactiva

Esta certificación se expide a los 8 días del mes de octubre del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC08102026N1065245654A23599014.** Este código es válido por un mes.

CER_AFI_2026033045
212

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.