Federico Lleras Acosta	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	CÓDIGO: GA-FR-136
		Versión: 3
	AUTORIZACION PARA RECOLECCION Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	Vigente desde: 27/07/2023
		Página: 2 de 2

FINALIDAD	
EMPLEADOS Y EX EMPLEADOS	Cumplir lo dispuesto por el ordenamiento jurídico colombiano en materia laboral y de seguridad social, entre otros, aplicables a empleados, ex empleados, empleados en misión, empleados temporales, empleados actuales y candidatos a futuro empleo. Almacenar la información concerniente a la hoja de vida de cada uno de los empleados y ex empleados. Realización de publicaciones internas y externas. Apertura de acceso a plataformas tecnológicas propias de la organización. Brindar información a empresas que soliciten verificar datos laborales de los empleados para autorización de créditos de dinero o créditos comerciales. (Previa verificación de fuente y uso de datos, se debe contrar en la verificación más no en el suministro de la información). Ser contactado directamente en caso de ser requerido, en razón de sus funciones. Detectar las necesidades de capacitación e implementar acciones que permitan el desarrollo de los centros de excelencia y la alta complejidad del Hospital. Emitir certificaciones relativas a su condición de empleado, tales como certificados de ingresos y retenciones, constancias laborales, entre otros. Informar y conformar procesos de elección y promoción interna.
VEEDORES	Para el diligenciamiento de encuestas, formularios y evaluación de indicadores de oportunidad y calidad de los servicios. Para comunicar información sobre servicios de salud, actividades, eventos académicos o institucionales. Para solicitud y tramitabilidad de información entregada de carácter asistencial. Para temas relacionados en reuniones y convocatorias de comités de Ética Hospitalaria y Alianza de usuarios. Contestación, gestión y seguimiento a solicitudes de mejoramiento, peticiones, quejas, sugerencias y reclamos.

DECLARACIÓN:

Yo: ALEXANDER AYA BONILLA - mayor de edad, identificado(a) como aparece al pie de mi firma, AUTORIZO de manera previa, expresa, informada e inequívoca al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE E.S.E, para que directamente o a través de terceros designados o encargados por el mismo, recolecte, almacene, use, ponga en circulación o suprima la información personal suministrada, para los diferentes procesos tanto misionales como administrativos y de apoyo logístico del Hospital.

En cuanto a la recolección de datos biométricos (huella dactilar):
(a) Reconozco que el ingreso de información personal, lo realizo de manera libre y voluntaria dando cumplimiento a la solicitud de requerimientos específicos del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué-Tolima E.S.E
(b) El Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué-Tolima E.S.E se compromete a no ceder ni compartir los datos recibidos en el Aplicativo Dinámica Gerencial Hospitalaria sin mi consentimiento y aprobación expresa.
(c) El tratamiento de este dato sensible será utilizado exclusivamente para cotejar mi identidad con la Base de Datos del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué-Tolima E.S.E, con la finalidad de desarrollar las funciones propias de la entidad.

Así mismo, el Hospital y sus encargados garantizarán el ejercicio de los derechos del titular a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada, ser informado respecto del uso que se le ha dado a su información personal, acceder en forma gratuita a los datos que hayan sido objeto de Tratamiento, presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la normatividad vigente y revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales.

La Política de Tratamiento de Datos Personales, se encuentra disponible en la Página Web del Hospital: www.hfileras.gov.co.
De conformidad con lo anterior, firmo como constancia en la ciudad de Ibagué a los (08) ocho días del mes Enero del Año 2026.

Firma: _____

Nombre: Alexander Aya Bonilla

C.C No: 80.039.600 de: Bogotá

En caso que el titular de la información sea un paciente menor de edad, debe autorizar un adulto responsable:

Fecha de Autorización: _____

Nombre del menor de edad: _____

Documento de Identidad: _____ Tipo: NUIT____ TI:____ Otro_____

Dirección de Correspondencia: _____

Ciudad: _____ Teléfono Fijos: _____

Celular: _____ E-mail: _____

Nombre del acudiente responsable del paciente menor : _____

Firma del acudiente responsable del paciente menor : _____ Parentesco _____

164

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 80039600 **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 07/10/2026 10:59 AM

Código Verificación: **SMW1BRYZDU**

Válida hasta: **07/01/2027**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
MEDELLIN	MEDELLIN	ANEXO DE RENOVACION	65-03-101077730	1

TOMADOR	ALEXANDER AYA BONILLA			CC	80.039.600
DIRECCION	CL 93 NRO. 7 SUR - 59 APTO 404 TRR 4 PQ 93 ETAPA 2	CIUDAD	IBAGUE, TOLIMA	TELEFONO	3132086152
ASEGURADO	ALEXANDER AYA BONILLA			CC	80.039.600
DIRECCION	CL 93 NRO. 7 SUR - 59 APTO 404 TRR 4 PQ 93 ETAPA 2	CIUDAD	IBAGUE, TOLIMA	TELEFONO	3132086152
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO		VIGENCIA ANEXO	
	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
03 / 09 / 2026	01 / 09 / 2026	01 / 09 / 2027	01 / 09 / 2026	01 / 09 / 2027

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
SANIN ALIANZA LTDA	133456	100.00

COASEGURO CEDIDO	
COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: MEDICINA GENERAL

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% IVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		$ 1,000,000,000.00		
	ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD	$ 1,000,000,000.00		
	GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD			$ 100,000,000.00

DEDUCIBLES: * 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV en ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD * 10.00 % DE LOS GASTOS INCURRIDOS en GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD

LÍMITES POR EVENTO: GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD - $ 15,000,000.0

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *****1,000,000,000.00	PRIMA:	$ **********406,821.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********77,296.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********484,118.00

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO,DENTRO DE LOS 45 DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPEDIAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CALLE 53 NO 45-45 OFICINA 1006, TELÉFONO 3695060 - MEDELLIN

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 28.07.2022.1328.P.66.00000000.RC.001A. D00, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

(415)7709998021187(8020)110126217444113900(8000)0000048411 8(96)20261015

REFERENCIA PAGO: 1101262174441-1

65-03-101077730

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

TOMADOR

DLG1304560

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	PÓLIZA No.	ANEXO No.
MEDELLIN	MEDELLIN	ANEXO DE RENOVACION	65-03-101077730	1

TOMADOR	ALEXANDER AYA BONILLA			CC	80.039.600
DIRECCION	CL 93 NRO. 7 SUR - 59 APTO 404 TRR 4 PQ 93 ETAPA 2	CIUDAD	IBAGUE, TOLIMA	TELEFONO	3132086152
ASEGURADO	ALEXANDER AYA BONILLA			CC	80.039.600
DIRECCION	CL 93 NRO. 7 SUR - 59 APTO 404 TRR 4 PQ 93 ETAPA 2	CIUDAD	IBAGUE, TOLIMA	TELEFONO	3132086152
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

FECHA DE EXPEDICION (D-M-A)	VIGENCIA SEGURO		VIGENCIA ANEXO	
	DESDE LAS 24 HORAS (D-M-A)	HASTA LAS 24 HORAS (D-M-A)	DESDE LAS 24 HORAS (D-M-A)	HASTA LAS 24 HORAS (D-M-A)
03 / 09 / 2026	01 / 09 / 2026	01 / 09 / 2027	01 / 09 / 2026	01 / 09 / 2027

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
SANIN ALIANZA LTDA CLIENTE	133456	100.00

COASEGURO CEDIDO	
COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

Recuerda que puedes actualizar tus datos de contacto conforme a la Ley 2300, a través de nuestras páginas:

www.segurosdelestado.com
o www.segurosdevidadelestado.com

Ve a la opción PQR y selecciona el tipo de solicitud **Acceso a la información**

CONOCE LOS MEDIOS DE PAGO

PÁGINA WEB · pse · VISA

CORRESPONSALES BANCARIOS

Super INTER · éxito · MOVIIRED · SURTIMAX · Coopidrogas

PAGOS CON CONVENIO *No aplica para transferencias

Banco de Bogotá — Seguros del Estado Cuenta Convenio 008465445

CALLE 93 NO 45-45 OFICINA 1006, TELÉFONO 3650060 - MEDELLIN

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *****1,000,000,000.00	PRIMA:	$ **********406,821.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********77,296.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********484,116.00

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO,DENTRO DE LOS 45 DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29.07.2022.1225.P.06.0000000E.RC.0014, 0000, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGURODELESTADO.COM

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415)7709996021167(8020)110126217446 11(3900)000000484116(96)20261016

REFERENCIA PAGO:
1101262174441-1

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

166

LISTADE CHEQUEO PERSONA JURIDICA-ASISTENCIAL						
N°	DOCUMENTOS	FOLIO	CUMPLE			RESPONSABLE
			SI	NO	NO APLICA	
	ETAPA PREPARATORIA					
1	FORMATO INFORMACIÓN GENERAL CONTRATISTA-PERSONA JURIDICA					
2	GA-FR-045-ESTUDIOS PREVIOS VERSION 8 CON VoBo					SUPERVISOR
3	SOLICITUD CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL					SUPERVISOR
	ETAPA PRECONTRACTUAL					
4	PANTALLAZO DE QUE SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL SECOP II					
5	PROPUESTA					
6	CARTA DE ACEPTACIÓN (firma Gerente)					SUPERVISOR
7	HOJA DE VIDA ACTUALIZADA EN EL SIGEP II DEL REPRESENTANTE LEGAL					
8	HOJA DE VIDA DE LA FUNCION PUBLICA DE PERSONA JURIDCA					
9	FOTOCOPIA DE CEDULA DEL REPRESENTANTE LEGAL AL 150%					
10	RUT ACTUALIZADO DEL REPRESENTANTE LEGAL (menor a 3 meses)					
11	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS CONTRALORIA REPRESENTANTE LEGAL (menor a 3 meses)					
12	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PROCURADURÍA REPRESENTANTE LEGAL (menor a 3 meses)					
13	ANTECEDENTES JUDICIALES POLICÍA REPRESENTANTE LEGAL (menor a 3 meses)					
14	RUT DE LA EMPRESA (menor a 3 meses)					
15	CAMARA Y COMERCIO DE LA EMPRESA ACTUALIZADA (menor a 3 meses)					
16	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS CONTRALORÍA DE LA EMPRESA (menor a 3 meses)					
17	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PROCURADURÍA DE LA EMPRESA (menor a 3 meses)					
18	CERTIFICACIÓN DE APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL DE LOS ÚLTIMOS 6 MESES DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL GERENTE O REVISOR FISCAL (según el caso anexar fotocopia de la cedula; tarjeta profesional y certificado de la junta central de contadores del revisor fiscal)					
19	FORMULARIO UNICO DECLARACION JURAMENTADA DE **BIENES Y RENTAS** Y CONFLICTO DE INTERESES - PERSONA JURIDICA-DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LA LEY 2013 DE 2019					
20	GA-FR-105-FORMATO CONOCIMIENTO CLIENTES PERSONA JURÍDICA (revisado previamente por el área encargada)					
21	FORMATO INEXISTENCIA DE PERSONAL (firma P.E Talento Humano)					SUPERVISOR
22	CERTIFICADO DE IDONEIDAD (firma supervisor)					SUPERVISOR
23	GA-FR-138-ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN (firma representante legal)					
24	GA-FR-136 AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES (firma representante legal)					
25	GA-FR-168-FORMATO DECLARACIÓN ANUAL DE INTERESES PARTICULARES (firma representante legal)					
26	POLIZA - Responsabilidad medica vigente de la EMPRESA o de cada uno de los especialistas que van a desarrollar el contrato (Si la vigencia de la poliza esta proxima a vencer es necesario que el contratista realice la renovacion de la misma teniendo en cuenta que tambien es un requisito de la etapa Contractual)					
34	CERTIFICADO REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAM) CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LA LEY 2097 DE 2021					
27	HOJA DE VIDA DE LAS PERSONAS QUE DESEMPEÑAN LA FUNCION, ANEXANDO LA SIGUIENTE DOCUMENTACION:					
27.1	CERTIFICADOS DE ESTUDIO (titulos y certificaciones de educación formal y no formal; copia del título, diploma o certificado y acta de grado expedida por una institución educativa debidamente reconocida por el estado)	170-172	✓			
27.2	CERTIFICADOS DE EXPERIENCIA LABORAL (con funciones y según se indican las especificaciones técnicas de los estudios previos)	173-176	✓			
27.3	SOPORTE VITAL AVANZADO	177	✓			
27.4	CERTIFICADO FORMACIÓN EN SEDACIÓN (médicos generales)				✓	
27.5	ENTRENAMIENTO UCI (médico UCI)				✓	
27.6	CERTIFICACIÓN EN LA GESTIÓN OPERATIVA DE ÓRGANOS (especialistas UCI)				✓	
27.7	TARJETA PROFESIONAL Y CARNETS DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA (médicos y técnicos en imágenes)	178	✓			

167-169

27.8	CERTIFICACIÓN DE CURSO - VÍCTIMAS VIOLENCIA (médicos generales y especialistas)	179	✓			
27.9	CERTIFICACIÓN CURSO DE HUMANIZACIÓN EN SALUD (según resolución 0238 del 12-02-2020-HFLL-politica de humanización en conjunto con el programa de humanización)	180	✓			
27.10	ANTECEDENTES PROFESIONALES (vigencia menor a 3 meses)	181	✓			
27.11	VERIFICACION RETHUS (menor a 1 mes)	182	✓			
27.12	LIBRETA MILITAR Y/O SITUACION MILITAR DEFINIDA	183	✓			
27.13	FOTOCOPIA DE LA CEDULA AL 150%	184	✓			
27.14	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS CONTRALORÍA (vigencia menor a 3 meses)	185	✓			
27,15	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PROCURADURÍA (vigencia menor a 3 meses)	186	✓			
27,16	ANTECEDENTES JUDICIALES POLICÍA (menor a 3 meses)	187	✓			
27,17	SISTEMA REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS RNM (consultar en https://srvpsi.policia.gov.co/psc/frm_cnp_consulta.aspx)	188	✓			
27,18	CARTA - CONCENTIMIENTO PARA VERIFICAR ANTECEDENTES EN EL REGISTRO DE INHABILIDADES POR LA COMISION DELITOS SEXALES DE CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE VA EJECUTAR EL CONTRATO (conforme a lo establecido en la ley 1918 de 2018 y el decreto reglamentario 753 de 2019, revise mis antecedentes en el registro de inhabilidades por la comisión de delitos sexuales contra menores de edad)	189	✓			
27,19	CERTIFICADO RESULTADO DE LA CONSULTA - DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS (Ley 1918 de 2018; https://inhabilidades.policia.gov.co)	190	✓			
27,2	CERTIFICADO VACUNA HEPATITIS (vencimiento 10 años)	191	✓			
27,21	CERTIFICADO VACUNA TÉTANO (vencimiento 10 años)	191	✓			
27,22	CERTIFICADO VACUNA COVID-19 O CARNET VACUNACION	192	✓			
27,23	ANTICUERPOS HB MAYORES DE 10 UI/L (vencimiento 5 años)					
27,24	CERTIFICADO VACUNA VARICELA Y/O GA-FR-111 (formato que certifique que la adquirió)	193	✓			
27,25	GA-FR-138-ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN	194	✓			
27,26	GA-FR-136 AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	195				
27,27	CERTIFICADO REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAM) CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LA LEY 2097 DE 2021	196	✓			
27,27	SOLICITUD REGISTRO PRESUPUESTAL				✓	SUPERVISOR
	ETAPA CONTRACTUAL					
28	CONTRATO					JURIDICA
29	REGISTRO PRESUPUESTAL					PRESUPUESTO
30	PÓLIZAS (cumplimiento-responsabilidad civil extracontractual- responsabilidad medica profesional aprobadas)					
31	RECIBO PAGO PÓLIZAS					
32	ESTAMPILLAS (Si aplica)					
33	CERTIFICADO DE LEGALIZACIÓN					
34	ACTA DE INICIO, ACTA MODIFICATORIA (si aplica), INFORMES DE SUPERVISIÓN, ACTAS DE ADICIÓN, PRORROGAS ETC SEGÚN ORDEN CRONOLÓGICO					SUPERVISOR
35	GJ-FR-002-ACTA DE TERMINACIÓN Y LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO					SUPERVISOR
	TOTAL FOLIOS					

REVISION, AVAL Y ENTREGA DE LOS DOCUMENTOS POR PARTE DEL AREA QUE GENERA LA NECESIDAD

1.) EN LA LISTA DE CHEQUEO SE DEBEN INCLUIR LOS FOLIOS PARA CADA DOCUMENTO, EN ORDEN CONSECUTIVO DE CADA UNO DE ELLOS Y EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE.

2.) LOS ESTUDIOS PREVIOS DEBEN SER ENVIADOS EN WORD AL CORREO ELECTRONICO estudiosprevios.juridica1@gmail.com CON EL FIN DE INCLUIR LA INFORMACION PLASMADA DE LOS ESTUDIOS PREVIOS, EN LA MINUTA CONTRACTUAL

3.) INFORMAR Y ANEXAR DOCUMENTOS EN CASO DE QUE HAYA CAMBIOS DEL PERSONAL QUE INICIALMENTE VAYA A EJECUTAR EL CONTRATO - LA CUAL DEBE ALLEGAR A LA OFICINA JURIDICA

ENTREGA

RECIBE _____ **REVISA** _____

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
MENDOZA	CESPEDEZ	MIGUEL ANGEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1110454938

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 06 MES 12 AÑO 1986

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: TOLIMA

MUNICIPIO: IBAGUÉ

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

C ONJUNTO ALMINAR SAMOA TO2 APTO 311 BRR AMBALA

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: TOLIMA

MUNICIPIO: IBAGUÉ

TELÉFONO: 320- 3890470 EMAIL: miguelitorock25@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO:
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X 11	MES 12 AÑO 2002

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
UNIVERSIDAD	10	X		ENFERMERO PROFESIONAL	06	2008	25420

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
INGLES						X			

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
OBSALUD SAS		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TOLIMA	IBAGUÉ	OBSALUD.SAS@GMAIL.COM

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3212160613	DÍA 17 MES 09 AÑO 2022	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
ENFERMERO DE TERAPIAS EXTRACORPOREAS	UNIDAD DE TERAPIAS EXTRACORPOREAS	CALLE 35#4D-36 B/CADIZ

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
MEDICADIZ		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TOLIMA	IBAGUÉ	TALENTO.HUMANO@MEDICADIZ.COM

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
608)-2771186	DÍA 01 MES 09 AÑO 2019	DÍA 07 MES 09 AÑO 2005

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
ENFERMERO JEFE	UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO	KRA 12 SUR No 93-21 VIA AEROPUERTO PERALES

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
CLINICA NUESTRA IBAGUÉ		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TOLIMA	IBAGUÉ	SERV.CLIENTE@CLINICANUESTRA.COM

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
608)-2640010	DÍA 01 MES 09 AÑO 2015	DÍA 20 MES 12 AÑO 2020

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
ENFERMERO JEFE	UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO	KRA 10 SUR CALLE 66ª-70 GLORIETA VARSOVIA

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
FRESENIUS MEDICAL		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TOLIMA	IBAGUÉ	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
018000111363	DÍA 01 MES 10 AÑO 2014	DÍA 15 MES 08 AÑO 2015

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
ENFERMERO JEFE SALA DE HEMODIALISIS	SALA DE HEMODIALISIS	CALLE 41 N.° 5-40

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		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	17	6
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	17	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. (ARTICULO 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

La República de Colombia

y en su nombre la

Institución Educativa

Luis Carlos Galán Sarmiento

Ibagué - Tolima

Reconocido por la Secretaría de Educación y Cultura del Departamento del Tolima, según Resolución No. 0907 del 14 de agosto de 2002 y adscrita al C.A.S.D. Joaquín París de Ibagué, según resolución No 03989 del 17 de agosto de 1993

Confiere a:

Miguel Angel Mendoza Céspedes

TI 881206-65881 de Ibagué

El Título de:

Bachiller Académico

Énfasis en Ciencias Naturales

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

Jorge Humberto Trujillo Sánchez
C.C. 14.213.619 de Ibagué (Tol.)
Rector

Sandra Sofía Cañizares Gutiérrez
C.C. 65.731.981 de Ibagué (Tol.)
Secretaria

Dado en Ibagué, Tolima el 4 de Diciembre del año 2003

Acta General de Graduación No. 548 de Diciembre del año 2003

Folio No. 0168

Este diploma se expide según resolución de la Secretaría de Educación y Cultura del Departamento del Tolima Decreto 921 de Mayo 9 de 1994

Institución Educativa

"Luis Carlos Galán Sarmiento"

Calle 67 No. 26-179 Barrio Ambalá Parte Alta Tels. 275 01 28 - 275 01 44
Ibagué - Tolima

Inscripción S.E.: 10011577
Código Dane: 173001005286
Jornadas Mañana y Tarde

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACION

En la fecha se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último grado, los suscritos Rector y Secretaria, en la Rectoria de la INSTITUCION EDUCATIVA "LUIS CARLOS GALAN SARMIENTO". Institución autorizada por la Secretaria de Educación del Departamento del Tolima en el nivel de Educación Media según Resolución No. 1446 del 17 de Noviembre de 1998 y adscrita al C.A.S.D. Joaquín Paris de Ibagué por Resolución No. 03989 del 17 de Agosto de 1993 y autorizada para otorgar el titulo de:

Bachiller Académico

Enfasis en Ciencias Naturales

Comprobada la situación legal y academica del estudiante quien cumplio con los requisitos académicos, las exigencias establecidas en los reglamentos y las normas legales le otorgo el Diploma que lo(a) acredita como tal a:

Miguel Angel Mendoza Céspedes

TI 861206-66888 de Ibagué

Es copia tomada del libro de Actas Generales de Grado,
Folios No. 089 Acta 028
Dado en Ibagué, a 4 de diciembre de 2002

Jorge Humberto Trujillo Sánchez
C.C. No. 14.213.819 de Ibagué (Tol.)
Rector

Sandra Sofia Cañizares
C.C. No. 65.751.338 de Ibagué (Tol.)
Secretaria

UNIVERSIDAD DEL TOLIMA

Creada mediante Ordenanza número 005 de mayo 21 de 1945 de la Asamblea Departamental del Tolima

OTORGA EL TITULO DE

Enfermero

A

Miguel Angel Mendoza Céspedes

C.C. No. 1110454938 expedida en Ibagué

Quien cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos.
En testimonio de ello se expide el presente

DIPLOMA

En la ciudad de Ibagué, a Julio 25 de 2008

El Decano de la Facultad

El Rector de la Universidad

El Secretario General
Universidad del Tolima

Es Fotocopia de Fotocopia

08 SET 2017

REPUBLICA DE COLOMBIA
NOTARIA 8a.
IBAGUE

Escaneado con CamScanner

ACTA DE GRADO NUMERO 27

Registro No. 47021 Folio No. 93 Libro No. 10

En Ibagué, a las 11:00 de la MAÑANA del viernes 25 de julio del año 2008, se reunieron en el Aula Múltiple de la Universidad del Tolima, presididos por el doctor JESÚS RAMÓN RIVERA BULLA, Rector de la Universidad del Tolima, el doctor HECTOR RAÚL AGUIAR CASTILLO, Decano de la Facultad de CIENCIAS DE LA SALUD y la doctora FRANCIA HELENA B. DE BETANCOURT, Secretaria General de la Universidad del Tolima, con el objeto de proceder a la graduación de Mendoza Céspedes Miguel Angel, identificado con Cédula de Ciudadanía número 1110454938 expedida en Ibagué, como Enfermero.

El señor rector recibió el juramento al graduando y le entregó el título que lo acredita como Enfermero.

A las 12:30 PM del día, se dio por terminada la ceremonia de grado.

La Secretaria General leyó la presente acta, la cual se firmó a continuación.

EL RECTOR DE LA UNIVERSIDAD DEL TOLIMA

(Fdo.) JESÚS RAMÓN RIVERA BULLA

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

(Fdo.) HECTOR RAÚL AGUIAR CASTILLO

LA SECRETARIA GENERAL DE LA UNIVERSIDAD DEL TOLIMA

(Fdo.) FRANCIA HELENA B. DE BETANCOURT

FRANCIA HELENA B. DE BETANCOURT
Secretaria General

Es copia
Ibagué, 25 de julio de 2008

Escaneado con CamScanner

Health & Biotechnology

CERTIFICA QUE

MIGUEL ANGEL MENDOZA
CC. 1110454938

Asistió a la capacitación teórico práctica sobre

Curso básico en CRRT con tecnología Prismaflex

INSTITUCIÓN:

Obsalud Mayo 2024

Intensidad:

12 horas

Aprobación de la asistencia a la capacitación por:

PABLO VIVAS A.
GERENTE COMERCIAL
GLS HEALTH & BIOTECHNOLOGY

MÓNICA BARRIOS
COORDINADORA CLÍNICA
NACIONAL

Health & Biotechnology

CERTIFICA QUE

MIGUEL ANGEL MENDOZA
CC. 1110454938

Asistió a la capacitación teórico práctica sobre

TECNOLOGIA PRISMAFLEX LINEA GAMBRO CRRT
AFERESMART PLASMAFERESIS, NIKKISO DBB06 HEMODIALISIS

INSTITUCIÓN:

Obsalud Julio 2023

Intensidad:

12 horas

Aprobación de la asistencia a la capacitación por:

PABLO VIVAS A.
GERENTE COMERCIAL
GLS HEALTH & BIOTECHNOLOGY

MÓNICA BARRIOS
COORDINADORA CLÍNICA
NACIONAL

173

OBSalud
NIT. 901123275-5

CERTIFICACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBSALUD SAS

NIT. 901.123.275-5

Certifica que:

El señor MIGUEL ANGEL MENDOZA CESPEDES identificado con cedula de ciudadanía N. 1.110.454.938 expedida en Ibagué, tiene un contrato por prestación de servicios desde el 15 de septiembre de 2022 a la fecha con actividades contra actuales descritas a continuación:

- Atención, cuidado y educación del paciente con falla renal aguda o crónica que requiera terapias de reemplazo renal intrahospitalaria en unidad de cuidado intensivo y servicios de hospitalización.
- En hemodiálisis intermitente realiza las funciones de monitorización, toma y control de signos vitales en el paciente, toma de muestras de laboratorio a necesidad, inspección, curación, conexión/desconexión de catéter tunelizado de hemodiálisis a máquina de hemodiálisis. Inspección, valoración, conexión/desconexión de fistula arterio-venosa o fístula con prótesis o injerto con GORE-TEX a máquina de hemodiálisis. Registro de datos en historia clínica sistematizada.
- En terapias de reemplazo renal continua (CRRT) modalidades SCUF, CVVH, CVVHD, CVVHDF, CAVH, e intercambio terapéutico de plasma (plasmaféresis) realiza las funciones de monitorización, toma y control de signos vitales en el paciente, toma de muestras de laboratorio a necesidad, inspección, curación, conexión/desconexión de catéter tunelizado de hemodiálisis a máquina. Programación y vigilancia de parámetros en maquina según criterio de nefrología. Transfusión, vigilancia y control de riesgos durante terapia de plasmaféresis con hemoderivados. Registro de datos en historia clínica sistematizada.

Se expide a solicitud del interesado, el día 14 octubre de 2026.

Cordialmente,

Luis Eduardo Rengifo Flórez
Director Medico
OBSALUD SAS
Cel. 300 616 21 97

MEDICADIZ
SALUD CON CALIDAD

VIGILADO Supersalud
0049

LA COORDINACIÒN DE TALENTO HUMANO DE MEDICADIZ S.A.S.

NIT 800.254.132-6

HACE CONSTAR

Que el Señor **MIGUEL ANGEL MENDOZA CESPEDES** Identificado con Cédula de Ciudadanía No 1.110.454.938 de Ibagué Tolima, Labora en la IPS MEDICADIZ SAS, en el cargo de JEFE ENFERMERIA, con un contrato a término fijo desde 01 de septiembre de 2021 hasta la fecha, desempeñando las siguientes funciones:

1. Realizar procedimientos de enfermería según indicación médica y su competencia.
2. Comunicar al médico de cualquier cambio en la conducta del paciente, reacción de medicamentos, signos de alarma y demás aspectos relevantes.
3. Vigilar y/o administrar según el protocolo los medicamentos a los pacientes.
4. Reportar los eventos o incidentes adversos relacionados con la atención del paciente.
5. Realizar la entrega y recibo de turno efectiva.
6. Diagnosticar, planear y hacer cumplir el plan de cuidados de enfermería generados a cada paciente.
7. Supervisar las limpieza y desinfección de las unidades a su cargo.
8. Identificar las necesidades y gestionar la adquisición de los equipos y suministros requeridos para su unidad.
9. Planear, coordinar, gestionar, supervisar y evaluar las actividades del personal auxiliar de enfermería.
10. Cumplir con las demás funciones asignadas por sus superiores

Se expide en Ibagué, a los 19 días del mes de agosto de 2021.

Sujeto a verificación al teléfono 2771186 ext. 2769

MABEL HERNÁNDEZ SÀNCHEZ
Coordinadora Talento Humano

Cra. 12 Sur No.93-21 Sector Samaria Vía Aeropuerto Perales
PBX (8) 2771186 Central de citas (8) 2596411 Ibagué - Tolima
e-mail: gerencia@medicadiz.com.co

PTA SAS

PERSONAL TEMPORAL & ASESORIAS

NIT. 860.527.350-6

CERTIFICA:

Que el señor **MIGUEL ANGEL MENDOZA CESPEDES,** identificado No 1.110.454.938 de Ibague (Tolima), Laboró en nuestra empresa como empleado en misión temporal para la empresa **FRESENIUS MEDICAL CARE**, desempeñando el cargo de **JEFE DE ENFERMERIA,** mediante un contrato por obra o labor determinada desde el 10/12/2014 hasta el 22/07/2015.

En constancia se expide a solicitud del interesado a los 22 dias del mes de Julio de 2015.

Cordialmente,

PERSONAL TEMPORAL & ASESORIA
NIT. 860.527.350-6

SANDRA CONSTANZA CARANTON AVILA
Jefe Oficina PTA SAS
Tel: (8) 2713495 - 320 302 2377
jefatura.ibague@pta.com.co
manzana B Casa 7 B/Prados del Norte Piso 3 Ibagué- Colombia
www.pta-ltda.com.co
Barranquilla-Bucaramanga-Cali-Duitama-Ibagué-Medellin-Pereira-Villavicencio

clínica nuestra

175

LA SOCIEDAD N.S.D.R. S.AS
Nit. 805.023.423- 1

CERTIFICA

Que el señor (a) ***MIGUEL ANGEL MENDOZA CESPEDES,*** identificado (a) con cedula de ciudadanía número **1.110.454.938**, se encontró vinculado (a) a nuestra Empresa mediante un contrato a **TERMINO INDEFINIDO**, a partir de 01 de octubre de 2015 hasta el 21 de diciembre de 2020, Desempeñándose en el cargo de ***ENFERMERO JEFE / UCI.***

Con las siguientes funciones:

- *Apoyar todas las actividades del área de UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) realizando y cumplimiento a cabalidad con todas las responsabilidades propias del cargo, analizando, diligenciando toda la documentación requerida, verificando e inspeccionado las labores de los auxiliares de enfermería orientando siempre sus labores hacia la calidad en la prestación del servicio*

- *Recibir y entregar turno presencial y sistematizado , verificando el estado de cada paciente, a la Enfermera jefe y el personal auxiliar con cada uno de los pacientes a la hora indicada en forma ordenada y completa, haciendo énfasis en el estado de salud de cada paciente durante el turno, procedimientos realizados y preparación para procedimientos especiales, tareas pendientes por realizar garantizando de esta manera el cumplimiento del protocolo de UCI con respecto a los pacientes que ingresan al área evitando cualquier situación y mal manejo de los diagnósticos entregados para cada uno de los pacientes.*

- *Informar a la Coordinadora de UCI, de forma inmediata los eventos adversos que se presenten en las áreas y que comprometan la salud de los pacientes, así como la entrega oportuna de los indicadores de gestión y cualquier otra situación que se presente durante los turnos, con el objetivo de mantener y cumplir a cabalidad todos los estándares de calidad y seguridad del paciente.*

- *Asistir y participar activamente a las reuniones citadas por su jefe inmediato, en el evento que no se pueda presentar justificar la causa y presentar las evidencias del por qué no puede asistir, la institución brinda espacio de capacitación a todos los asociados con el fin de enriquecer su formación inicial para que estos puedan ser aplicados en su área garantizando siempre la mejora continua en el área.*

SOCIEDAD NSDR S.A.S.
NIT. 805.023.423-1
GESTION HUMANA

GESTION Administrativa IAC
NIT 900.218.782-3

IAC GESTIÓN ADMINISTRATIVA
OUTSOURCING DE RECURSOS HUMANOS PARA

CORPORACION IPS SALUDCOOP
NIT 830106376-1

CERTIFICA

Que el (la) señor(a) ***MIGUEL ANGEL MENDOZA CESPEDES****, identificado(a) con cédula de ciudadania No. 1110454938, laboró en nuestra Compañía mediante contrato de trabajo a término INDEFINIDO, desde el dia 12 de Julio de 2013 hasta el dia 01 de Febrero de 2014, desempeñando el cargo de* ***ENFERMERO JEFE.***

En constancia de lo anterior, se expide este documento en la ciudad de Bogotá D.C., el dia 26 de Febrero de 2014.

La información de la presente certificación debe ser confirmada en nuestra Linea de Atención Telefónica número 3171820 EXT. 352-359.

ALVARO ANDRES JARAMILLO LOPEZ
COORDINADOR DE NOMINA
IAC Gestion Administrativa Outsourcing

ELABORO: Laura Vallecilla C. Aux.Nomina

ICI-ITHU-345-13

LA SUSCRITA PROFESIONAL DEL DEPARTAMENTO DE TALENTO HUMANO DE DIACORSAS sucursal INSTITUTO DEL CORAZON DE IBAGUE

CERTIFICA QUE:

El Sr. *MIGUEL ANGEL MENDOZA CESPEDES,* Identificado con la cédula de ciudadanía No.1.110.454.938, laboro en nuestra institución desde el 28 de Febrero de 2011 hasta el 30 de Marzo de 2013.

El Sr. *MIGUEL ANGEL MENDOZA CESPEDES, desempeñaba el cargo de ENFERMERO de DIACORSAS sucursal Instituto del Corazón de Ibagué. Devengaba un salario de UN MILLON NOVECIENTOS VEINTISEIS MIL PESOS M/CTE ($1.926.000, co).*

La presente se expide a solicitud del interesado en la ciudad de Ibagué, a los veinticinco (25) del mes de Abril de 2013.

Atentamente,

HUBIA FLORIAN VANEGAS
Profesional Talento Humano ICI

Mfr.

Fundación Hematológica Colombia

CERTIFICADO LABORAL

El señor **MIGUEL ANGEL MENDOZA CESPEDES** identificado con Cédula de Ciudadanía Nº 1,110,454,938 de Ibagué, labora en esta institución desde Octubre 01 de 2008 con contrato a termino indefinido, desempeñándose como **ENFERMERO JEFE** con un salario base de Un millón ciento cuarenta y un mil setecientos sesenta ($1.141.760) pesos mensuales.

Expedida a solicitud del interesado en la ciudad de Ibagué a los cinco (05) días del mes de Enero de 2009.

Atentamente,

FUNDACIÓN HEMATOLÓGICA
COLOMBIA
NIT. 838.000.257-6
TEL.: 236 90 99

ANGIE NATHALIE GARZÓN
Asistente Administrativo
Fundación Hematológica Colombia

Calle 37 con Cra4ª H esquina B/Cádiz BXP 2644100 Ibagué-Tolima

Transversal 19ª 103 -19, PBX: 2 36 90 99, Fax: 2 56 90 99; Bogotá – Colombia-mail: fundacionhematologicacolombia@yahoo.com

WORLDSERVICEAC

CENTRO DE CAPACITACIÓN

HACE CONSTAR QUE:

MIGUEL ANGEL MENDOZA CESPEDES

C.C. 1.110.454.938 DE IBAGUE - TOLIMA

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES CON EL CURSO O TALLER DE

SOPORTE VITAL AVANZADO (ACLS)

BAJO LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA)

Realizado los días del 20 al 26 de agosto de 2025, con una intensidad horaria de 48 horas.
Certificación vigente hasta el día 26 de agosto de 2027.

Lo anterior se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 **Educación Informal.**

DADO EN IBAGUE – TOLIMA, A LOS 25 DÍAS DEL MES DE AGOSTO DE 2025.

ADRIANA STELLA PARRA DOVAL
REPRESENTANTE LEGAL

DAYRA GINA PARRA DOVAL
COORDINADORA GENERAL

WORLDSERVICEAC
CENTRO DE CAPACITACIÓN
NIT. 38307237-1

WWW.WORLDSERVICEAC.COM
CARRERA 9 No. 12-58 B/ CHAPINERO
TELS. 317 226 6778 - 316 412 3069

POR UNA CULTURA DE VIDA SEGURA Y SANA

178

GOBERNACION DEL TOLIMA

SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL



MIGUEL ANGEL MENDOZA CESPEDES

1110454938

REGISTRO Nº. 2978 14/11/2008

Inscripción Profesional 568/2008-73 2978/2008

ENFERMERO

El presente carné es válido para dar cumplimiento a lo establecido en los Decretos 1875 de 1994, 1352 de 2000 y 860 de 2008 del Ministerio de la Protección Social.

Secretario de Salud del Tolima

Este carné es personal e intransferible
Si es encontrado favor devolverlo a la Secretaría de Salud del Tolima

WORLDSERVICEAC
CENTRO DE CAPACITACIÓN

HACE CONSTAR QUE:

MIGUEL ANGEL MENDOZA CESPEDES

C.C. 1.110.454.938 DE IBAGUE - TOLIMA

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES CON EL CURSO O TALLER DE

ATENCIÓN INTEGRAL A LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GÉNERO

Realizado los días de 25 y 26 de agosto de 2025, con una intensidad horaria de 20 horas.
Certificación vigente hasta el 26 de agosto de 2027.

Lo anterior se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 **Educación Informal.**

DADO EN IBAGUE – TOLIMA, A LOS 26 DIAS DEL MES DE AGOSTO DE 2025.

ADRIANA STELLA PARRA DOVAL
REPRESENTANTE LEGAL

DAYRA GINA PARRA DOVAL
COORDINADORA GENERAL

WORLDSERVICEAC
CENTRO DE CAPACITACIÓN
NIT. 36307217-1

WWW.WORLDSERVICEAC.COM
CARRERA 9 No. 12-58 B/ CHAPINERO
TELS. 317 226 6778 - 316 412 3069

POR UNA CULTURA DE VIDA SEGURA Y SANA

WORLDSERVICEAC
CENTRO DE CAPACITACIÓN

HACE CONSTAR QUE:

MIGUEL ANGEL MENDOZA CESPEDES

C.C. 1.110.454.938 DE IBAGUE - TOLIMA

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES CON EL CURSO O TALLER DE

HUMANIZACIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Realizado los días 6 y 7 de diciembre de 2025, con una intensidad horaria de 20 horas.
Certificación vigente hasta el día 7 de diciembre de 2027.

Lo anterior se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 **Educación Informal.**

DADO EN IBAGUE – TOLIMA, A LOS 7 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 2025.

ADRIANA STELLA PARRA DOVAL
REPRESENTANTE LEGAL

DAYRA GINA PARRA DOVAL
COORDINADORA GENERAL

WORLDSERVICEAC
CENTRO DE CAPACITACIÓN
REG. 36307217-1

WWW.WORLDSERVICEAC.COM
CARRERA 9 No. 12-58 B/ CHAPINERO
TELS. 317 226 6778 - 316 412 3069

POR UNA CULTURA DE VIDA SEGURA Y SANA

TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA
NIT: 830040508-1 - Ley 266 de 1996 / Ley 911 de 2004
"Ley deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia"

Certificación

El TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA, en su calidad de autoridad competente para ejercer el control disciplinario de la profesión de enfermería, CERTIFICA que, una vez realizada la verificación correspondiente en la base de datos institucional, MIGUEL ANGEL MENDOZA CESPEDES, con CC No. 1110454938, NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS por infracciones a la deontología consagrada en la Ley 911 de 2004, durante los cinco (5) años anteriores a la fecha de expedición de la presente constancia.

Esta certificación no acredita la calidad de profesional de enfermería ni la habilitación para el ejercicio de la profesión en Colombia, requisitos indispensables conforme a la normativa vigente.

Se expide a solicitud del interesado, en la ciudad de Bogotá, D.C., a 4 de junio de 2026.

Atentamente

EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

Nota: Para verificar la autenticidad del certificado escanee el código QR:

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General - 2026-10-06--9:27:29 AM

Tipo Identificación	Núm. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación	Detalles
CC	1110454938	MIGUEL	ANGEL	MENDOZA	CESPEDES	Vigente	Ver

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) MIGUEL ANGEL MENDOZA CESPEDES identificado(a) con CC 1110454938 registra la siguiente información:

2026-10-06--9:27:29 AM

Información Académica

Nivel Académico	Título	Programa Académico	Fecha Inicio Vigencia Acto Administrativo	Año Terminación	Entidad Educativa
UNV	Local	Enfermeria	2010-07-28		ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA - ANEC
UNV	Local	Enfermeria	2008-11-14	2078	GOBERNACION DEL TOLIMA

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

183

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA

EJÉRCITO NACIONAL

COMANDO DE RECLUTAMIENTO Y CONTROL RESERVAS

EL SUSCRITO OFICIAL DE ATENCIÓN AL USUARIO

C E R T I F I C A

Que el señor MIGUEL ANGEL MENDOZA CESPEDES identificado con Tarjeta de Identidad No. 86120666888, presenta los siguientes datos referentes a la definición de su situación militar:

Primer Nombre:	MIGUEL
Segundo Nombre:	ANGEL
Primer Apellido:	MENDOZA
Segundo Apellido:	CESPEDES
Tipo Documento:	Tarjeta de Identidad
Número Documento:	86120666888
Clase Libreta Militar:	Segunda Clase

ESTA CERTIFICACIÓN ES GRATUITA
NO ES VÁLIDA COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN MILITAR
NO REEMPLAZA SU LIBRETA MILITAR

Se firma y se expide en Bogotá D.C. a los 9 días del mes de Enero de 2026, a las 1:22:29 PM.

Cordialmente,

CR. JUAN MAURICIO DUQUE SÁNCHEZ

Director de Reclutamiento - Ejército Nacional

Generó: Stefania Ferro

184


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.110.454.938
MENDOZA CESPEDES
MIGUEL ANGEL


FECHA DE NACIMIENTO 06-DIC-1986
IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.85
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
18-ENE-2005 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Powered by CamScanner

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 06 de octubre de 2026, a las 09:32:16, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1110454938
Código de Verificación	1110454938261006093216

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

186

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 304323666

PIB
09:33:08

Bogotá DC, 06 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) MIGUEL ANGEL MENDOZA CESPEDES identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1110454938:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

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

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:34:29 AM horas del 06/10/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1110454938**

Apellidos y Nombres: **MENDOZA CESPEDES MIGUEL ANGEL**

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.

181

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, 06/10/2026 09:37:31 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1110454938** y Nombre: **MIGUEL ANGEL MENDOZA CESPEDES.**

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. **149046601** . 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

Señores
HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ TOLIMA,
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
Ciudad.

Referencia: consentimiento revisión de antecedentes

Yo MIGUEL ALGEL MENDOZA CESPEDES identificado (a) con C.C 1110454938 expedida en 18-ENERO-2005, por medio del presente documento autorizo al **HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ TOLIMA, EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, para que conforme a lo establecido en la ley 1918 de 2018 y el decreto reglamentario 753 de 2019, revise mis antecedentes en el registro de inhabilidades por la comisión de delitos sexuales contra menores de edad.

Atentamente;

C.C 1110454938

FECHA EXPEDICION C.C: 18 DE ENERO DE 2005

Powered by CamScanner

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 09:35:53 horas del 06/10/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1110454938,** Apellidos y Nombres **MENDOZA CESPEDES MIGUEL ANGEL**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **OBSALUD**, con NIT **901123275-5** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: Miguel Angel
Apellidos: Mendoza Cespedes
Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte PEP otro cual
No. 1110454936
Fecha de nacimiento: Día 06 Mes 12 Año 1986

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Miguel Angel
Apellidos: Mendoza Cespedes
Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte No.
Fecha de nacimiento: Día 06 Mes 12 Año 1986

Escaneado con CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1	15 04 21		Arcu 2010
	2			
	3			
Toxoide Tetánico (Difterico (Td))	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Triple viral	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1	15 04 21		Arcu 2010
	2			
	3			
	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Fecha	24 06 21	Pf Pharma	Medicad 2
	Dosis			

192

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

Nombres y apellidos / Full name: **MIGUEL ANGEL MENDOZA CESPEDES**

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

Número de identificación / ID Number: **1 1 1 0 4 5 4 9 3 8**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **06/12/1986**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3203890470**

Correo electrónico / e-mail:

ID: [redacted]

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination: Día / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
Sarampión Rubéola	Adicional	22	09	2018		012N7186	[redacted]	MARID YULIETH ROJAS RUIZ
COVID PFIZER	Primera	26	03	2021		EN1195	UNIDAD DE SALUD DE BUAGUE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	MARYURI SALGUERO
COVID PFIZER	Segunda	19	04	2021	PFIZER	EW0344	UNIDAD DE SALUD DE BUAGUE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	KELLY LORENA CARDONA ORTIZ
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	24	08	2021		V50221006	UNIDAD DE SALUD DE BUAGUE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	YAMILE OVIEDO DUCUARA
COVID MODERNA	Primer Refuerzo	25	11	2021	MODERNA SWITZERLAND GMBH	040875	IPS AVANZAR SAS	ANDERSON LARRY BUITRAGO PATIÑO
COVID PFIZER	Segundo Refuerzo	05	08	2022	PFIZER	FC4A074	CLINICA ESPECIALIZADA DEL NORTE SAS	LINA MARITZA LOZANO CASTRO
COVID MODERNA BIVALENTE	Adicional	15	12	2023	Catalent Indiana	003M22A	CLINICA RURAL TY BUAGUE	DIANA MARCELA LOZANO RODRIGUEZ
Fiebre Amarilla	Única	04	10	2024	Sanofi Pasteur	X3A8T1V	BUAGUE SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL	LUZ DARY CESPEDES CESPEDES

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 Immunization - 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.

193

RECOLECCIÓN DE DATOS EXPOSICIÓN A VARICELA					
Codigo: GA-FR-111	Fecha de elaboracion: 03/05/2017	Fecha de actualización:	Versión:1	Pagina 1 de 1	

Fecha: _____

IDENTIFICACIÓN

Nombre Completo: MIGUEL ANGEL MENDOZA CESPEDES

Documento de Identidad: 1110454938 de: IBAGUÉ-TOLIMA

Fecha Nacimiento: 06 DICIEMBRE 1988 Edad: 39 AÑOS Sexo: MASCULINO

Celular: 3203890470

No.	DETALLE	SI	NO
1.	HA TENIDO VARICELA O HA SIDO VACUNADO CONTRA LA VARICELA? Si su respuesta es SI, la encuesta finaliza.	X	
2.	ESTA USTED EN ESTADO DE EMBARZO?		
3.	HA RECIBIDO EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS ALGÚN TIPO DE TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR, O HA TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD QUE TENGA AFECTACIÓN DE SUS DEFENSAS?		
4.	SI RESPONDIÓ SI A LAS PREGUNTAS 2 Y 3, ESTUVO EN CONTACTO CERCANO CON EL PACIENTE FUENTE?. (Entiéndase contacto cercano, en la misma oficina y a menos de 5 metros de manera continua).		
5.	SI USTED NO ESTÁ EN EMBARAZO Y NO TIENE ENFERMEDAD O TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR, FAVOR INDICAR EL NIVEL DE CONTACTO QUE TUVO CON EL PACIENTE FUENTE.		
	A. TRABAJADOR DE LA MISMA OFICINA		
	B. TRABAJADOR DE OTRA OFICINA CON CONTACTO OCASIONAL.		
	C. NO TUVO CONTACTO		

_____

FIRMA PERSONA QUE DILIGENCIÓ

Fundación Lleras Acosta EL HOSPITAL DE TODOS	GESTION TECNOLOGIA DE LA INFORMACION	CÓDIGO: GA-FR-138
		Versión:2
	FORMATO ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD YNO DIVULGACION DE INFORMACION	Vigente desde: 03/07/2024
		Página: 1 de 2

DIVULGANTE: Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué E-S-E

RECEPTOR:

PROVEEDOR[ ] CONTRATISTA DE SERVICIOS [X] T.H DE LA EMPRESA
[]ESTUDIANTE[ ] RESIDENTE [ ] VISITANTE[ ] OTRO[ ]
CUAL: T.H DE LA EMPRESA

Para lo cual se tienen las siguientes cláusulas:

PRIMERA.- Objeto. Reglamentar el uso de la información dispuesta por EL DIVULGANTE para el RECEPTOR, ya sea de forma oral, gráfica o escrita para el desarrollo de los procesos de Direccionamiento, Misionales y de Apoyo logístico del Hospital Federico Lleras Acosta ESE.

SEGUNDA.-USO El uso de la información, que en razón a sus funciones, conozca EL RECEPTOR por parte del DIVULGANTE, debe realizarse con responsabilidad, obligándose a mantener la más estricta confidencialidad respecto de dicha información.

2.EL RECEPTOR no podrá reproducir, modificar, hacer pública o divulgar a terceros la información obtenida en razón a sus funciones, y objeto del presente Acuerdo, sin previa autorización escrita y expresa del DIVULGANTE.

3. De igual forma, EL RECEPTOR adoptará respecto de la información objeto de este Acuerdo y conocida en razón de sus funciones, las mismas medidas de seguridad que adoptaría normalmente respecto a la información confidencial de su propiedad,evitando en la medida de lo posible su pérdida, robo o sustracción.

TERCERA.- Sin perjuicio de lo estipulado en el presente Acuerdo, ambas partes aceptan que la obligación de confidencialidad no se aplicará en los siguientes casos:

a) Cuando la información se encontrara en el dominio público en el momento de su suministro al RECEPTOR o, una vez suministrada la información, ésta acceda al dominio público sin infracción de ninguna de las estipulaciones del presente Acuerdo.
b) Cuando la legislación vigente o un mandato judicial exija su divulgación. En ese caso, EL RECEPTOR notificará al DIVULGANTE tal eventualidad y hará todo lo posible por garantizar que se dé un tratamiento confidencial a la información.

CUARTA.- Los derechos de propiedad intelectual de la información objeto de este Acuerdo pertenecen al DIVULGANTE y el hecho de revelarla al RECEPTOR para el fin mencionado en la Estipulación Primera no cambiará tal situación.

En caso de que la información resulte revelada o divulgada o utilizada por EL RECEPTOR de cualquier forma distinta al objeto de este Acuerdo, ya sea de forma dolosa o por mera negligencia, habrá de indemnizar al DIVULGANTE los daños y perjuicios ocasionados, sin perjuicio de las acciones civiles o penales que puedan corresponder a este último.

QUINTA. - Las partes se obligan a devolver cualquier documentación, antecedentes facilitados en cualquier tipo de soporte y, en su caso, las copias obtenidas de los mismos, que constituyan información amparada por el deber de confidencialidad objeto del presente Acuerdo en el supuesto de que cese la relación entre las partes por cualquier motivo.

Y en señal de expresa conformidad y aceptación de los términos recogidos en el presente Acuerdo, lo firman las partes:

Fecha. :_____ Ciudad: IBAGUE-TOLIMA

DIVULGANTE

HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ E-S-E

RECEPTOR

NOMBRE: MIGUEL ANGEL MENDOZA CESPEDES

No. C.C: 1110454938 DE IBAGUÉ

FIRMA:

El Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E declara que la versión vigente y controlada de este documento solo podrá ser consultada en la INTRANET Institucional; toda copia o impresión de este se considera como documento NO CONTROLADO

Federico Lleras Acosta	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	CÓDIGO: GA-FR-136
		Versión: 3
	FORMATO AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	Vigente desde: 27/07/2023
		Página: 1 de 2

En cumplimiento de lo dispuesto en la ley 1581 de 2012 reglamentada por el Decreto 1377 de 2013, sobre la protección de datos personales el responsable del tratamiento de sus datos personales es el Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E. Ibagué-Tolima, identificado con Nit: 890,706,833-9, ubicado en la Calle 33 No. 4A - 50 de la ciudad de Ibagué, y, en tal virtud, podrá directamente o a través de terceros designados o encargados por el mismo, recolectar, almacenar, usar, poner en circulación o suprimir la información personal suministrada, en los diferentes procesos tanto misionales como administrativos y de apoyo logístico del Hospital para las finalidades establecidas en la presente autorización.

Por favor marcar según corresponda:

___ Aspirante	___ Estudiante	___ Pacientes y Acompañantes	Proveedores y Contratistas X
___ Veedor	___ Empleado o Exempleado		Otro. ¿Cual? _____

GENERALES	La ejecución del contrato suscrito con cualquier persona que se encuentre en relación con EL HOSPITAL. Pago de obligaciones contractuales. Envío de información a entidades gubernamentales o judiciales por solicitud expresa de la misma. Soporte en procesos de auditoría externa/interna. Envío/recepción de mensajes con fines comerciales, publicitarios y/o de atención al cliente. Registro de la información de los candidatos, usuarios, pacientes, empleados, proveedores y/o terceros en la base de datos de EL HOSPITAL. Contacto con candidatos, usuarios, pacientes, empleados, proveedores y/o terceros para el envío de información relacionado con la relación contractual, comercial y obligacional a que haya lugar. Recolección de datos para el cumplimiento de los deberes que como Responsable de la información y datos personales que le corresponde a EL HOSPITAL. Con propósitos de seguridad o prevención de fraudes. Actualización de datos entregados por el Titular. Atención efectiva al usuario y cualquier otra finalidad que resulte en el desarrollo del contrato o la relación entre el titular de los datos y EL HOSPITAL.

Además de las finalidades generales, existen finalidades particulares, atendiendo a la relación que tienen los titulares de los datos personales con el Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E., como a continuación se describen:

ASPIRANTES	Cumplir con el proceso de afiliación al Sistema General de Seguridad Social Integral. Apertura de acceso a plataformas tecnológicas propias de la organización. Realización de procesos de elección y promoción interna.
ESTUDIANTES	Para fines investigativos, científicos, formativos y educativos. Para el diligenciamiento de encuestas, formularios y evaluación de convenios Docencia-Servicio. Realización de publicaciones internas y externas. Informar y conformar procesos de elección y promoción interna.
PACIENTES Y ACOMPAÑANTES	Validar la información en cumplimiento de las exigencias legales. Para el tratamiento de los datos personales protegidos por nuestro ordenamiento jurídico. Para el tratamiento y protección de los datos de contacto (direcciones de correo físico, electrónico, redes sociales y teléfono). Para solicitar y recibir de las instituciones y entidades de derecho público y/o empresas de carácter privado la información personal, financiera, académica, laboral y de seguridad social, que reposa en sus bases de datos. Preservar y conservar los datos clínicos y médicos por el tiempo que ordene la ley o por mandato de autoridad competente. Almacenar los datos contenidos en la historia clínica del paciente para el cumplimiento de los servicios médicos y hospitalarios. Obtener datos fundamentales para la investigación médica, clínica y epidemiológica; al igual que la identificación de avances clínicos, científicos y tecnológicos. Ofrecer información sobre campañas educativas y programas especiales relacionados con la promoción y prevención en salud. Mantener una comunicación con los titulares de los datos personales, relativa al desarrollo de las actividades propias del Hospital. Cumplir con las obligaciones legales y contractuales en las que se requiera recaudar información personal mediante la elaboración de Bases de Datos para efectos de control, supervisión y auditorías, y proyectos llevados a cabo por la entidad. Obtener datos fundamentales para la investigación clínica y epidemiológica. Lograr una eficiente comunicación relacionada con nuestros servicios y alianzas, por diferentes medios. Ofrecer información sobre campañas, programas especiales. Informar o invitar a campañas de mercadeo, promoción de servicios y educación al usuario. Realizar encuesta de satisfacción de servicios y atenciones prestadas. Elaboración de Informes a las autoridades legales competentes de problemáticas sociales identificadas en el proceso de Atención, Abuso sexual, violencia intrafamiliar , Abandono Social y maltrato infantil. Diligenciamiento de estudio socioeconómicos de acuerdo a situaciones sociales presentadas. Contestación, gestión y seguimiento a solicitudes de mejoramiento, peticiones y sugerencias. Evaluar la calidad de los servicios ofrecidos por la institución.
PROVEEDORES Y CONTRATISTAS	Mantener una comunicación con los titulares de los datos personales, relativa al desarrollo de las actividades propias de la entidad de acuerdo a los perfiles de cada tipo de base de datos que posea la entidad. Realizar labores y gestiones de mercadeo para efectos de mejorar los servicios prestados por la entidad y mejorar el relacionamiento con proveedores y contratistas. Mantener un consolidado de los usuarios del dominio web y la realización de estadísticas, encuestas y demás actividades tendientes a la consecución de indicadores o información relevante para el cumplimiento del objeto social. Cumplir con las obligaciones legales y contractuales en las que se requiera recaudar información personal mediante la elaboración de Bases de Datos para efectos de control, supervisión y auditorías, y proyectos llevados a cabo por la entidad. Evaluar la calidad de los servicios ofrecidos por HOSPITAL. Desarrollar el objeto social de HOSPITAL conforme a sus estatutos. Cumplir lo dispuesto por el ordenamiento jurídico colombiano en materia laboral, fiscal, tributario y mercantil. Suministrar información comercial y financiera a terceros para efectos de realizar reportes a centrales de riesgos por incumplimiento obligaciones.

FINALIDAD	
EMPLEADOS Y EX EMPLEADOS	Cumplir lo dispuesto por el ordenamiento jurídico colombiano en materia laboral y de seguridad social, entre otras, aplicables a empleados, ex empleados, empleados en misión, empleados temporales, empleados actuales y candidatos a futuro empleo. Almacenar la información concerniente a la hoja de vida de cada uno de los empleados y ex empleados. Realización de publicaciones internas y externas. Apertura de acceso a plataformas tecnológicas propias de la organización. Brindar información a empresas que soliciten verificar datos laborales de los empleados para autorización de créditos de dinero o créditos comerciales. (Previa verificación de fuente y uso de datos, se debe centrar en la verificación más no en el suministro de la información). Ser contactado directamente en caso de ser requerido, en razón de sus funciones. Detectar las necesidades de capacitación e implementar acciones que permitan el desarrollo de los centros de excelencia y la alta complejidad del Hospital . Emitir certificaciones relativas a su condición de empleado, tales como certificados de ingresos y retenciones, constancias laborales, entre otros. Informar y conformar procesos de elección y promoción interna.
VEEDORES	Para el diligenciamiento de encuestas, formularios y evaluación de indicadores de oportunidad y calidad de los servicios. Para comunicar información sobre servicios de salud, actividades, eventos académicos e institucionales. Para solicitud y trazabilidad de información entregada de carácter asistencial. Para temas relacionados en reuniones y convocatorias de comités de Ética Hospitalaria y Alianza de usuarios. Contestación, gestión y seguimiento a solicitudes de mejoramiento, peticiones, quejas, sugerencias y reclamos.

DECLARACIÓN:

Yo: MIGUEL ANGEL MENDOZA CESPEDES mayor de edad, identificado(a) como aparece al pie de mi firma, AUTORIZO de manera previa, expresa, informada e inequívoca al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE E.S.E., para que directamente o a través de terceros designados o encargados por el mismo, recolecte, almacene, use, ponga en circulación o suprima la información personal suministrada, para los diferentes procesos tanto misionales como administrativos y de apoyo logístico del Hospital.

En cuanto a la recolección de datos biométricos (huella dactilar):
(a) Reconozco que el ingreso de información personal, lo realizo de manera libre y voluntaria dando cumplimiento a la solicitud de requerimientos específicos del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué-Tolima E.S.E.
(b) El Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué-Tolima E.S.E se compromete a no ceder ni compartir los datos recibidos en el Aplicativo Dinámica Gerencial Hospitalaria sin mi consentimiento y aprobación expresa.
(c) El tratamiento de este dato sensible será utilizado exclusivamente para cotejar mi identidad con la Base de Datos del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué-Tolima E.S.E, con la finalidad de desarrollar las funciones propias de la entidad.

Así mismo, el Hospital y sus encargados garantizarán el ejercicio de los derechos del titular a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada, ser informado respecto del uso que se le ha dado a su información personal, acceder en forma gratuita a los datos que hayan sido objeto de Tratamiento, presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la normatividad vigente y revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales.

La Política de Tratamiento de Datos Personales, se encuentra disponible en la Página Web del Hospital: www.hflleras.gov.co.
De conformidad con lo anterior, firmo como constancia en la ciudad de Ibagué a los ( ) _____ días del _____ del _____

Firma: _____

Nombre: MIGUEL ANGEL MENDOZA CESPEDES

C.C No: 1110454938 de IBAGUÉ TOLIMA

En caso que el titular de la información sea un paciente menor de edad, debe autorizar un adulto responsable:

Fecha de Autorización: _____

Nombre del menor de edad: _____

Documento de Identidad: _____ Tipo: NUIT____ TI:____Otro_____

Dirección de Correspondencia: _____

Ciudad: _____ Teléfono Fijos: _____

Celular: _____ E-mail: _____

Nombre del acudiente responsable del paciente menor : _____

Firma del acudiente responsable del paciente menor : _____ Parentesco _____

196

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 1110454938 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificacion 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 Bogota el 04/09/2026 11:34 AM

Código Verificación: **3MQ1U6RL5Z**

Válida hasta: **03/12/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

197

LISTADE CHEQUEO PERSONA JURIDICA-ASISTENCIAL						
N°	DOCUMENTOS	FOLIO	CUMPLE			RESPONSABLE
			SI	NO	NO APLICA	
	ETAPA PREPARATORIA					
1	FORMATO INFORMACIÓN GENERAL CONTRATISTA-PERSONA JURIDICA					
2	GA-FR-045-ESTUDIOS PREVIOS VERSION 8 CON VoBo					SUPERVISOR
3	SOLICITUD CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL					SUPERVISOR
	ETAPA PRECONTRACTUAL					
4	PANTALLAZO DE QUE SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL SECOP II					
5	PROPUESTA					
6	CARTA DE ACEPTACIÓN (firma Gerente)					SUPERVISOR
7	HOJA DE VIDA ACTUALIZADA EN EL SIGEP II DEL REPRESENTANTE LEGAL					
8	HOJA DE VIDA DE LA FUNCION PUBLICA DE PERSONA JURIDCA					
9	FOTOCOPIA DE CEDULA DEL REPRESENTANTE LEGAL AL 150%					
10	RUT ACTUALIZADO DEL REPRESENTANTE LEGAL (menor a 3 meses)					
11	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS CONTRALORIA REPRESENTANTE LEGAL (menor a 3 meses)					
12	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PROCURADURÍA REPRESENTANTE LEGAL (menor a 3 meses)					
13	ANTECEDENTES JUDICIALES POLICÍA REPRESENTANTE LEGAL (menor a 3 meses)					
14	RUT DE LA EMPRESA (menor a 3 meses)					
15	CAMARA Y COMERCIO DE LA EMPRESA ACTUALIZADA (menor a 3 meses)					
16	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS CONTRALORÍA DE LA EMPRESA (menor a 3 meses)					
17	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PROCURADURÍA DE LA EMPRESA (menor a 3 meses)					
18	CERTIFICACIÓN DE APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL DE LOS ÚLTIMOS 6 MESES DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL GERENTE O REVISOR FISCAL (según el caso anexar fotocopia de la cedula; tarjeta profesional y certificado de la junta central de contadores del revisor fiscal)					
19	FORMULARIO UNICO DECLARACION JURAMENTADA DE **BIENES Y RENTAS** Y CONFUCTO DE INTERESES - PERSONA JURIDICA-DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LA LEY 2013 DE 2019					
20	GA-FR-105-FORMATO CONOCIMIENTO CLIENTES PERSONA JURÍDICA (revisado previamente por el área encargada)					
21	FORMATO INEXISTENCIA DE PERSONAL (firma P.E Talento Humano)					SUPERVISOR
22	CERTIFICADO DE IDONEIDAD (firma supervisor)					SUPERVISOR
23	GA-FR-138-ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN (firma representante legal)					
24	GA-FR-136 AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES (firma representante legal)					
25	GA-FR-168-FORMATO DECLARACIÓN ANUAL DE INTERESES PARTICULARES (firma representante legal)					
26	POLIZA - Responsabilidad medica vigente de la EMPRESA o de cada uno de los especialistas que van a desarrollar el contrato (Si la vigencia de la poliza esta proxima a vencer es necesario que el contratista realice la renovacion de la misma teniendo en cuenta que tambien es un requisito de la etapa Contractual)					
34	CERTIFICADO REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAM) CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LA LEY 2097 DE 2021					
27	HOJA DE VIDA DE LAS PERSONAS QUE DESEMPEÑAN LA FUNCION, ANEXANDO LA SIGUIENTE DOCUMENTACION					
27.1	CERTIFICADOS DE ESTUDIO (títulos y certificaciones de educación formal y no formal; copia del título, diploma o certificado y acta de grado expedida por una institución educativa debidamente reconocida por el estado)	199,203	✓			
27.2	CERTIFICADOS DE EXPERIENCIA LABORAL (con funciones y según se indican las especificaciones técnicas de los estudios previos)	204-208	✓			
27.3	SOPORTE VITAL AVANZADO	209	✓			
27.4	CERTIFICADO FORMACIÓN EN SEDACIÓN (médicos generales)				✓	
27.5	ENTRENAMIENTO UCI (médico UCI)				✓	
27.6	CERTIFICACIÓN EN LA GESTIÓN OPERATIVA DE ÓRGANOS (especialistas UCI)				✓	
27.7	TARJETA PROFESIONAL Y CARNETS DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA (médicos y técnicos en imágenes)	210	✓			

198

Jere
Nuevo
Cristina
Gonz.

27.8	CERTIFICACIÓN DE CURSO - VÍCTIMAS VIOLENCIA (médicos generales y especialistas)	211	✓			
27.9	CERTIFICACIÓN CURSO DE HUMANIZACIÓN EN SALUD (según resolución 0238 del 12-02-2020-HFLL-política de humanización en conjunto con el programa de humanización)	212	✓			
27.10	ANTECEDENTES PROFESIONALES (vigencia menor a 3 meses)	213	✓			
27.11	VERIFICACION RETHUS (menor a 1 mes)	214	✓			
27.12	LIBRETA MILITAR Y/O SITUACION MILITAR DEFINIDA				✓	
27.13	FOTOCOPIA DE LA CEDULA AL 150%	215	✓			
27.14	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS CONTRALORÍA (vigencia menor a 3 meses)	216	✓			
27.15	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PROCURADURÍA (vigencia menor a 3 meses)	217	✓			
27.16	ANTECEDENTES JUDICIALES POLICÍA (menor a 3 meses)	218	✓			
27.17	SISTEMA REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS RNM (consultar en https://srvpsi.policia.gov.co/psc/frm_cnp_consulta.aspx)	219	✓			
27.18	CARTA - CONCENTIMIENTO PARA VERIFICAR ANTECEDENTES EN EL REGISTRO DE INHABILIDADES POR LA COMISION DELITOS SEXALES DE CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE VA EJECUTAR EL CONTRATO (conforme a lo establecido en la ley 1918 de 2018 y el decreto reglamentario 753 de 2019, revise mis antecedentes en el registro de inhabilidades por la comisión de delitos sexuales contra menores de edad)	220	✓			
27.19	CERTIFICADO RESULTADO DE LA CONSULTA - DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS (Ley 1918 de 2018; https://inhabilidades.policia.gov.co)	221	✓			
27.2	CERTIFICADO VACUNA HEPATITIS (vencimiento 10 años)				✓	
27.21	CERTIFICADO VACUNA TÉTANO (vencimiento 10 años)	222	✓			
27.22	CERTIFICADO VACUNA COVID-19 O CARNET VACUNACION	223	✓			
27.23	ANTICUERPOS HB MAYORES DE 10 U/L (vencimiento 5 años)	224	✓			
27.24	CERTIFICADO VACUNA VARICELA Y/O GA-FR-111 (formato que certifique que la adquirió)	225	✓			
27.25	GA-FR-138-ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN	226	✓			
27.26	GA-FR-136 AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	227	✓			
27.27	CERTIFICADO REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAM) CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LA LEY 2097 DE 2021	228	✓			
27.27	SOLICITUD REGISTRO PRESUPUESTAL				✓	SUPERVISOR
	ETAPA CONTRACTUAL					
28	CONTRATO					JURIDICA
29	REGISTRO PRESUPUESTAL					PRESUPUESTO
30	PÓLIZAS (cumplimiento-responsabilidad civil extracontractual- responsabilidad medica profesional aprobadas)					
31	RECIBO PAGO PÓLIZAS					
32	ESTAMPILLAS (Si aplica)					
33	CERTIFICADO DE LEGALIZACIÓN					
34	ACTA DE INICIO, ACTA MODIFICATORIA (si aplica), INFORMES DE SUPERVISIÓN, ACTAS DE ADICIÓN, PRORROGAS ETC SEGÚN ORDEN CRONOLÓGICO					SUPERVISOR
35	GJ-FR-002-ACTA DE TERMINACIÓN Y LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO					SUPERVISOR
	TOTAL FOLIOS					

REVISION, AVAL Y ENTREGA DE LOS DOCUMENTOS POR PARTE DEL AREA QUE GENERA LA NECESIDAD

1.) EN LA LISTA DE CHEQUEO SE DEBEN INCLUIR LOS FOLIOS PARA CADA DOCUMENTO, EN ORDEN CONSECUTIVO DE CADA UNO DE ELLOS Y EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE.

2.) LOS ESTUDIOS PREVIOS DEBEN SER ENVIADOS EN WORD AL CORREO ELECTRONICO estudiosprevios.juridica1@gmail.com CON EL FIN DE INCLUIR LA INFORMACION PLASMADA DE LOS ESTUDIOS PREVIOS, EN LA MINUTA CONTRACTUAL

3.) INFORMAR Y ANEXAR DOCUMENTOS EN CASO DE QUE HAYA CAMBIOS DEL PERSONAL QUE INICIALMENTE VAYA A EJECUTAR EL CONTRATO - LA CUAL DEBE ALLEGAR A LA OFICINA JURIDICA

ENTREGA

RECIBE

REVISA

198

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA: OBsalud

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Gómez	Montealegre	Aura Cristina

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C [X] C.E [ ] PAS [ ] No. 1075280349

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 02 MES 06 AÑO 1994

PAÍS: Colombia

DEPTO: Huila

MUNICIPIO: Pitalito

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Calle 75 No. 6-51 Sur / Carrera 6 Sur C.R Bosque San Ángel

PAÍS: Colombia DEPTO: Tolima

MUNICIPIO: Ibagué

TELÉFONO: 3150724804 EMAIL: aocrisgc940602@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO: Bachiller académico
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	MES 12 AÑO 2011
									X	

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
UN	9	X		Enfermera	06	2016	1075280349
ES	2	X		Especialista en enfermería nefrológica del adulto	12	2021	1075280349

ESPECIFIQUE 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
Español			X			X			X

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
OBSALUD SAS		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Tolima	Ibagué	OBSALUD.SAS@GMAIL.COM

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3212160613	DÍA 01 MES 04 AÑO 2026	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Jefe de enfermería	Asistencial	Calle 35 # 4 D-36, Cádiz.

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Unidad Renal del Tolima/ Listos SA		X	colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
tolima	ibagué	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
(602) 301 7409	DÍA 13 MES 08 AÑO 2025	DÍA 31 MES 03 AÑO 2026

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Jefe de enfermería	Asistencial	Calle 31 # 4 D-36, Cádiz.

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Centro Integral de Medicina Renal CIMER		X	México

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Ciudad de México	Ciudad de México	contacto@cimer.com.mx

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
+52 55 9688 6337	DÍA 26 MES 02 AÑO 2024	DÍA 30 MES 05 AÑO 2025

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Enfermera Esp. en Diálisis Peritoneal	Enfermería	Av. Universidad 749 A piso 3

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Médica Santa Carmen		x	Mexico

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Ciudad de México	Ciudad de México	medicasantacarmen.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
442-167-1860 Ext. 101	DÍA 13 MES 02 AÑO 2023	DÍA 29 MES 02 AÑO 2024

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Enfermera en Hemodiálisis	Enfermería	Periférico Sur 5580, Local P,

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

198-A

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
Hospital Universitario Nacional de Colombia	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogotá D.C	seleccion@hun.edu.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3904888 Ex 12303	DÍA 18 MES 06 AÑO 2021	DÍA 10 MES 07 AÑO 2022

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Jefe de enfermería- hospitalizacion	Asistencial	Calle 44 # 59-75, Bogotá

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
E.S.E Hospital departamental san antonio de pitalito	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogotá D.C	https://hospitalpitalito.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
608 8362500	DÍA 01 MES 09 AÑO 2018	DÍA 31 MES 01 AÑO 2022

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Jefe de Enfermeria Urgencias	Enfermeria	Cll 3 Sur Nº 1B – 45, Pitalito

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL DE FONTIBON	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CUNDINAMARCA	BOGOTA D.C	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
6013849160	DÍA 25 MES 09 AÑO 2016	DÍA 31 MES 07 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
ENFERMERA URGENCIAS	Enfermeria	Periférico Sur 5580, Local B, El Caracol.

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

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

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	7	
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	9	

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

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

Institución Educativa Claretiano
Jornada Adicional Oficial

Neiva - Huila

Con reconocimiento Oficial por parte de la Secretaria de Educación,
Cultura y Deporte Según Resolución de Aprobación
No. 093 del 25 de Marzo de 2003

Confiere a:

GOMEZ MONTEALEGRE AURA CRISTINA
TI 94060211897 Neiva - Huila

El Titulo de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de
Educación Media Académica (Art. 28 Ley 115 de 1994)
según los planes y programa vigentes.

COLEGIO CLARETIANO
SECRETARIA

Fernando Perdomo Rodriguez
Rector

ACCES LEVEL
EFQM

Anotado en el folio 001 del Libro para control Interno de Diplomas No.002

Dado en Neiva - Huila a los 01 dias del mes de Diciembre de 2011

No requiere Registro de la Secretaria de Educación, según Decreto 921 del
6 de Mayo de 1994, y 2150 del 5 de Diciembre de 1995, de la Presidencia de la República.

Scanned with CamScanner

Claretiano

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

INSTITUCIÓN EDUCATIVA CLARETIANO
JORNADA ADICIONAL OFICIAL

AUTORIZADA POR LA SECRETARIA DE EDUCACIÓN CULTURA Y DEPORTE DE NEIVA
SEGÚN RESOLUCIÓN No 093 DEL 25 de Marzo de 2003

Inscripción S.E. 10101215-046 Inscripción DANE 341001000219

En la ciudad de Neiva - Huila, a los 01 días del mes de Diciembre, se reunieron con el fin de formalizar graduación de los alumnos de ultimo grado, los suscritos Rector y Secretaria académica en la Rectoría de la **INSTITUCIÓN EDUCATIVA CLARETIANO,** institución aprobada en el nivel de Educación Media Académica y autorizada por la secretaria de Educación, Cultura y Deporte de Neiva, para otorgar el Título de **"BACHILLER ACADÉMICO"**, según resolución No. 093 del 25 de marzo de 2006.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el titulo de **BACHILLER ACADÉMICO;** al graduando cuyos nombres, apellidos y numero de documento de identificación se relacionan a continuación.

GOMEZ MONTEALEGRE AURA CRISTINA

TI 94060211897 Neiva - Huila

Es fiel copia tomada del Acta original General No. 033 del 01 de Diciembre de 2011 consta de 71 alumnos; comienza con el nombre de **ALDANA IPUZ MANUEL FELIPE** y termina con el nombre de **ZUÑIGA PERDOMO MARÍA ALEXANDRA.** Firmado por **FERNANDO PERDOMO RODRÍGUEZ** (Rector) y **SANDRA PATRICIA QUINTERO LOZANO** (Secretaria Academica).

Dado en Neiva-Huila, a los 01 días del mes de Diciembre de 2011.

Registro de la secretaria de Educación según Decreto 921 del 6 de mayo de 1994 y 2150 del 5 de Diciembre de 1995, de la Presidencia de la República.

COLEGIO CLARETIANO

FERNANDO PERDOMO RODRÍGUEZ
Rector
C.C. 12.225.381 de Pitalito

SANDRA PATRICIA QUINTERO LOZANO
Secretaria Académica
CC. 55.162.968 de Neiva

Scanned with CamScanner

La Universidad Surcolombiana

Creada por la Ley 13 de 1976 y reconocida mediante Resolución No. 9062 del 26 de octubre de 1976 expedida por el Ministerio de Educación Nacional M.E.N.

Considerando que

Aura Cristina Gómez Montealegre

Con Cédula de Ciudadanía No. 1.075.280.349 de Neiva (Huila)

Cumplió satisfactoriamente con los requisitos exigidos por los Acuerdos y Reglamentos de la Universidad, le confiere el título de:

Enfermera

En la ciudad de Neiva - Huila, a los 17 días del mes de junio de 2016.

Rector

Secretario General

Decano de la Facultad

Acta de Grado No. 673 Registrado en el folio 946 del Libro de Diplomas No. 3

200

La Universidad Surcolombiana

Acta de Grado No. 673

La Universidad Surcolombiana, creada por la Ley 13 de enero 30 de 1976 y reconocimiento Institucional por Resolución No. 9062 del 26 de Octubre de 1976 del Ministerio de Educación Nacional, en atención a que el estudiante de Pregrado:

AURA CRISTINA GÓMEZ MONTEALEGRE

C.C. No. 1.075.280.349 de Neiva (Huila)

Cumplió satisfactoriamente todos los requisitos exigidos por los Acuerdos Reglamentarios de la Universidad, otorga el título de:

ENFERMERA

En nombre y representación de la Universidad y de la República de Colombia, el Secretario General tomó el juramento de rigor.

En testimonio de lo anterior se firma la presente Acta en la ciudad de Neiva, a los 17 días del mes de junio de 2016.

Decano

Decano de la Facultad

Vicerrector Académico

Secretario General

Registrado en el Folio 946 del Libro de Diplomas No. 3

Fundación Universitaria
de Ciencias de la Salud
FUCS

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

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud-**FUCS**

Personería Jurídica 10917 del 1° de Diciembre de 1976 del Ministerio de Educación Nacional

Facultad de Enfermería

En atención a que

Aura Cristina Gomez Montealegre

C.C. 1.075.280.349 de Neiva

Cumplió satisfactoriamente con todos los requisitos del plan de estudios, le confiere el título de

Especialista en Enfermería Nefrológica del Adulto

En Bogotá, D.C., Colombia, el 16 de Diciembre de 2021
en testimonio de ello se firma y refrenda con los respectivos sellos

Presidente Consejo Superior

Rector

Vicerrector

Secretario General

Decano

Secretaria Académica

Número de registro 3804 Folio 048

11876

201

Fundación Universitaria
de Ciencias de la Salud
FUCS

[VIGILADA MINEDUCACION] Personería Jurídica 2997 del 1° de Diciembre de 1976 del Ministerio de Educación Nacional

Acta de Grado No. 212

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los dieciséis (16) días del mes de diciembre del año 2021, en el Auditorio Guillermo Fergusson del Hospital de San José, de conformidad con el Acuerdo No. 5195 del Consejo Superior de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Sesión Ordinaria No. 571 del 30 de noviembre de 2021, se realizó acto solemne para otorgar el título de:

Especialista en Enfermería Nefrológica del Adulto

a

Aura Cristina Gomez Montealegre

Identificada con cédula de ciudadanía No. 1075280349 de Neiva, como consta en el acta No. 212, folio 089 del libro de Actas N° 3.

Se confiere este título en nombre del Ministerio de Educación Nacional de la República de Colombia, en reconocimiento que la mencionada estudiante cursó y aprobó todas las asignaturas del pensum reglamentario para el programa de Especialización en Enfermería Nefrológica del Adulto y cumplió con todos los requisitos exigidos para el efecto por la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

En el diploma de grado aparecen las firmas de los doctores Jorge Gómez Cusnir, Presidente Consejo Superior, Sergio Augusto Parra Duarte, Rector, Edgar Alberto Muñoz Vargas, Vicerrector Académico, Enf. Ana Julia Camilo Algarra, Decana, Enf. Fanny Moreno Rubio, Secretaria Académica y para constancia de lo anterior, firma la presente acta, en Bogotá, D.C., a los dieciséis (16) días del mes de diciembre del año dos mil veintiuno (2021).

MANUEL ROBERTO PALACIOS PALACIOS
Secretario General

Código de Aprobación SNIES, No. 103041

11979

Health & Biotechnology

CERTIFICA QUE

AURA CRISTINA GOMEZ MONTEALEGRE
CC. 1075280349

Asistió a la capacitación teórico práctica sobre

TECNOLOGIA PRISMAFLEX

INSTITUCIÓN:
OBSALUD

Junio 2026

Intensidad:

12 horas

Aprobación de la asistencia a la capacitación por:

PABLO VIVAS A.
GERENTE COMERCIAL
GLS HEALTH & BIOTECHNOLOGY

MÓNICA BARRIOS
COORDINADORA CLÍNICA
NACIONAL

192

COURSE
CERTIFICATE

Apr 26, 2024

Aura Cristina Gómez Montealegre

completó con éxito

Diálisis peritoneal

un curso en línea sin crédito autorizado por Universidad Nacional Autónoma de México y ofrecido a través de Coursera

Ma. Cristina Rodríguez Zamora
Coordinadora del Posgrado en Enfermería Nefrológica, FES Iztacala
Universidad Nacional Autónoma de México

Este certificado acredita 7 horas de dedicación.

Verify at:
coursera.org/verify/CLCRVZGM8CVG

Coursera confirmó la identidad de esta persona y su participación en el curso.

302

OBSalud
NIT. 901123275-5

CERTIFICACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBSALUD SAS

NIT. 901.123.275-5

Certifica que:

La señora AURA CRISTINA GOMEZ MONTEALEGRE identificada con cedula de ciudadanía N. 1.075.280.349 expedida en Neiva, tiene un contrato por prestación de servicios desde el 21 de abril de 2026 a la fecha con actividades contra actuales descritas a continuación:

- Atención, cuidado y educación del paciente con falla renal aguda o crónica que requiera terapias de reemplazo renal intrahospitalaria en unidad de cuidado intensivo y servicios de hospitalización.
- En hemodiálisis intermitente realiza las funciones de monitorización, toma y control de signos vitales en el paciente, toma de muestras de laboratorio a necesidad, inspección, curación, conexión/desconexión de catéter tunelizado de hemodiálisis a máquina de hemodiálisis. Inspección, valoración, conexión/desconexión de fistula arterio-venosa o fístula con prótesis o injerto con GORE-TEX a máquina de hemodiálisis. Registro de datos en historia clínica sistematizada.
- En terapias de reemplazo renal continua (CRRT) modalidades SCUF, CVVH, CVVHD, CVVHDF, CAVH, e intercambio terapéutico de plasma (plasmaféresis) realiza las funciones de monitorización, toma y control de signos vitales en el paciente, toma de muestras de laboratorio a necesidad, inspección, curación, conexión/desconexión de catéter tunelizado de hemodiálisis a máquina. Programación y vigilancia de parámetros en maquina según criterio de nefrología. Transfusión, vigilancia y control de riesgos durante terapia de plasmaféresis con hemoderivados. Registro de datos en historia clínica sistematizada.

Se expide a solicitud del interesado, el dia 14 octubre de 2026.

Cordialmente,

Luis Eduardo Rengifo Flórez
Director Medico
OBSALUD SAS
Cel. 300 616 21 97

IBAGUE, miercoles, 15 de abril de 2026

LISTOS

890.311.341 - 0

CERTIFICAMOS

Que AURA CRISTINA GOMEZ MONTEALEGRE, identificada con la cédula de ciudadanía N° 1.075.280.349, laboró en nuestra empresa como empleada temporal en mision desde el miercoles, 13 de agosto de 2025 y concluyó el martes, 31 de marzo de 2026

Del referido contrato la trabajadora recibió la liquidación de sus derechos laborales, hecha de manera completa por la empresa y pagado sin que esta hiciera alguna salvedad.

- Empresa usuaria: UNIDAD RENAL DEL TOLIMA SAS.
- Cargo desempeñado: ENFERMERO(A) JEFE EN ENTRENAMIENTO

PAOLA KATHERINNE ALBA CASTANO
HRBP DIRECTOR

CIMER
Centro Integral de Medicina Renal

A QUIEN PUEDA INTERESAR
PRESENTE.

Por este medio hacemos constar que el **C. Aura Cristina Gomez Montealegre** con número de clave CURP: **GOMA940602MNEMNR06**, RFC**: GOMA940602HN7** laboró en nuestra empresa **CIMER HEALTH SA de CV** desde el día **26 febrero 2024,** hasta **el 30 de mayo del 2025,** ocupando en la actualidad la posición de **Enfermera Especialista en Diálisis Peritoneal.**

Esta certificación se emite a solicitud de la parte interesada a los 06 días del mes de Junio del año 2025, en Av. Universidad 749A. Colonia del Valle, Ciudad de México.

Muy Atentamente,

Belem Calderón

Lic. Belem Calderón
Gestión Humana México.

Avenida Universidad 749 Piso 3
Col. Del Valle Sur
Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03104
Ciudad de México, T 55 9688 6337

Médica
SantaCarmen

20

CDMX, 30 de noviembre del 2023

A quien corresponda:

Por medio de la presente carta se hace constar que **Aura Cristina Gómez Montealegre** con número de afiliación **02239421015**, con CURP **GOMA940602MNEMNR06** y RFC **GOMA940602HN7** se encuentra laborando en **Médica Santa Carmen S.A.P.I de C.V** desde el **13 de febrero del 2023** a la actualidad, teniendo un contrato por tiempo indeterminado como **Enfermera en Hemodiálisis.**

Ampliamente agradeciendo de antemano la atención, se extiende la presente para los efectos que al interesado convenga.

Atentamente



Salma Guadalupe Treviño Becerra

Coordinadora de Experiencia Carmelito

473 7362 668

200

HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA

EL JEFE DE ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL DE LA CORPORACIÓN SALUD UN

NIT 900.578.105-0

CERTIFICA:

Que la señora **AURA CRISTINA GOMEZ MONTEALEGRE** identificada con número de cédula **1.075.280.349 de Neiva,** estuvo vinculada a esta Corporación por medio de contrato laboral a término fijo en el cargo de **ENFERMERO HOSPITALIZACION** desde el 18 de junio de 2021 al 10 de julio de 2022.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado en Bogotá el día 03 del mes de agosto de 2022

LIDIA HERNANDEZ GUTIERREZ
Jefe de Administracion de Personal
Corporación Salud UN
Tel. 3904888 Ex 12303

CAMPUS INNOVA
CERTIFICADOS EN SALUD

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

AURA CRISTINA GÓMEZ MONTEALEGRE

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1075280349

Realizó y aprobó el **Curso avanzado** de:

SOPORTE VITAL AVANZADO (ACLS)

Con una intensidad horaria de: **70 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-04-27.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 2 AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACION INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL: RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

GOBIERNO DE COLOMBIA

La salud es de todos | Minsalud

ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DE TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERA

AURA CRISTINA GÓMEZ MONTEALEGRE
C.C. 1.075.280.349
Universidad Surcolombiana
Neiva
Fecha de Expedición Diploma: **17/06/2016**
Fecha de Inscripción en Rethus: **28/07/2016**
Esp Enfermeria Nefrologica del Adulto
16/12/2021



Powered by CamScanner

48562

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

Esta tarjeta es un documento público y se expide en conformidad con la Ley 1164 de 2007, Decreto 4192 de 2010 y la Resolución 085 de 2015.

Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la Organización Colegial de Enfermería.
www.oceinfo.org.co

FIRMA DEL PROFESIONAL

IDéntico S.A.S.

Powered by CamScanner

CAMPUS FUNDACIÓN EDUCATIVA INNOVA CERTIFICADOS EN SALUD

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

AURA CRISTINA GÓMEZ MONTEALEGRE

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1075280349

Realizó y aprobó el **Curso básico** de:

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

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-07-14.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTANDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

CAMPUS FUNDACIÓN EDUCATIVA INNOVA CERTIFICADOS EN SALUD

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

AURA CRISTINA GÓMEZ MONTEALEGRE

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1075280349

Realizó y aprobó el **Curso básico** de:

HUMANIZACIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD (HSS) (BÁSICO)

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-07-14.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTANDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

212

213

Certificación

El TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA, en su calidad de autoridad competente para ejercer el control disciplinario de la profesión de enfermería, CERTIFICA que, una vez realizada la verificación correspondiente en la base de datos institucional, AURA CRISTINA GÓMEZ MONTEALEGRE, con CC No. 1075280349, NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS por infracciones a la deontología consagrada en la Ley 911 de 2004, durante los cinco (5) años anteriores a la fecha de expedición de la presente constancia.

Esta certificación no acredita la calidad de profesional de enfermería ni la habilitación para el ejercicio de la profesión en Colombia, requisitos indispensables conforme a la normativa vigente.

Se expide a solicitud del interesado, en la ciudad de Bogotá, D.C., a 2 de septiembre de 2026.

Atentamente

EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

Nota: Para verificar la autenticidad del certificado escanee el código QR:

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1075280349	AURA	CRISTINA	GOMEZ	MONTEALEGRE	Vigente	Ver

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) AURA CRISTINA GOMEZ MONTEALEGRE identificado(a) con CC 1075280349 registra la siguiente información:

2026-10-06--8:35:43 AM

Información Académica

Nivel Formación	Origen Título	Profesión o Ocupación	Fecha de Grado	Acta Acreditación	Nombre Institución
ESP	Local	ESPECIALIZACION EN ENFERMERIA NEFROLOGICA DEL ADULTO	2021-12-16	1075280349	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA
UNV	Local	ENFERMERIA	2016-07-28	1075280349	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

Datos SSO

Tipo Vinculación	Tipo Origen Documento	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Profesión Ocupación	Institución Empleadora
Exonerado del SSO	Local	COLOMBIA[NO APLICA]	1900-01-01	1900-01-01	Sin Modalidad	Enfermeria	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.075.280.349
GOMEZ MONTEALEGRE
APELLIDOS
AURA CRISTINA
NOMBRES



FIRMA

NO SIRVE COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

COINCIDE FIEL Y CON EL ORIGINAL QUE HA TENIDO A LA VISTA
24 FEB 2017
NOTARIA ENCARGADA



FECHA DE NACIMIENTO 02-JUN-1994
PITALITO
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.53 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
05-JUN-2012 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-1900130-00779830-F-1075280349-20151222 0047802535A 1 4441T150

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 06 de octubre de 2026, a las 08:30:44, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1075280349
Código de Verificación	1075280349261006083044

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

217

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 304317777

PIB
08:29:32
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 06 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) AURA CRISTINA GOMEZ MONTEALEGRE identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1075280349:

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.

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 08:31:29 AM horas del 06/10/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1075280349**
Apellidos y Nombres: **GOMEZ MONTEALEGRE AURA CRISTINA**

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.

2/8

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, 06/10/2026 08:33:42 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1075280349** y Nombre: **AURA CRISTINA GOMEZ MONTEALEGRE.**

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. **149038574** . 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

219

220

Señores
HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ TOLIMA,
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
Ciudad.

Referencia: consentimiento revisión de antecedentes

Yo Aura Cristina Gómez Montealegre identificado (a) con C.C 1075280349 expedida en Neiva - Huila, por medio del presente documento autorizo al **HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ TOLIMA, EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, para que conforme a lo establecido en la ley 1918 de 2018 y el decreto reglamentario 753 de 2019, revise mis antecedentes en el registro de inhabilidades por la comisión de delitos sexuales contra menores de edad.

Atentamente;

Aura Cristina Gómez M

C.C 1075280349

FECHA EXPEDICION C.C: 05 · Junio · 2012

Powered by CamScanner

221

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:28:11 horas del 06/10/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1075280349,** Apellidos y Nombres **GOMEZ MONTEALEGRE AURA CRISTINA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **OBSALUD** , con NIT **901123275-5** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
DPT ACELULAR	1	04 MAR 2021	BOOSTRIX Glaxo Smith Kline de Colombia S.A. L. AC37B355BE V. 31/03/2022	Nit. 901.098.945-4
NEUMOCOCO	1			
MENINGOCOCO	1			
ANTIRRÁBICA	1			
	2			
	3			
HEPATITIS A	1			
FIEBRE AMARILLA	1			
	2	04 MAR 2021	PRIORIX L. A69CF044A V. 03/01/2021	Vacunar de Colombia S.A.S Nit. 901.098.945-4

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

CENTRO ESPECIALIZADO EN VACUNACIÓN

Nº 11234

VACUNAR DE COLOMBIA

VACÚNATE! PROTEGE TU VIDA

NIT. 901.098.945 - 4 - Cod. del Prestador 1100135877

NOMBRE: Ayra Cristina Gomez Montealegre

IDENTIFICACIÓN: 1.075.280.349

TELÉFONO: 3112592065. F.N.: 02-06-1994

Calle 33A No. 14 - 30 Consultorio 202
Teusaquillo Cel.: 310 311 82 62 - 320 420 17 13 Tel.: 706 43 28
www.vacunardecolombia.com - E- mail: vacunarc@gamil.com

Escaneado con CamScanner

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUBSISTEMA DE INFORMACION
GRUPO DE INMUNIZACIONES

SIS - 153 (11-89)

REGISTRO INDIVIDUAL DE VACUNACION

Institución u organismo Hospital Regional
Nombre del vacunado Ruth Cristina Gomez Montealegre
Fecha de nacimiento: Día 2 Mes Junio Año 94
Municipio [illegible]

TIPO DE BIOLOGICO	1ª O UNICA DOSIS	2ª DOSIS		3ª DOSIS		DOSIS ADICIONAL O REFUERZO
	FECHA	FECHA		FECHA		
	VACUNA	CITA	VACUNA	CITA	VACUNA	FECHA
ANTIPOLIO	Agosto 8-94		Sept 19-94	Octubre 19-94	X 1-25-95	Junio 10-94
D.P.T.	Agosto 8-94		19-94		X 1-25-95	
ANTI-HEP-B	Agosto 8-94		Sept 19-94			
Antisarampión	III-10-95	-09-Dic-96 Triple Viral.				
B.C.G	Junio 10-94					
FIEBRE AMARILLA	Octubre 19-94					

4. NOMBRE DEL VACUNADOR [illegible]

223

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 0f9ba05-75ca-4e8-b5d-c1329d8d6ac

Nombres y apellidos / Full name: **AURA CRISTINA GOMEZ MONTEALEGRE**

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

Número de identificación / ID Number: **1 0 7 5 2 8 0 3 4 9**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **02/06/1994**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3112592065**

Correo electrónico / e-mail: **aucrisgo940602@gmail.com**

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio	Número de Lote	IPS Vacunadora	Nombres y apellidos del vacunador
Vaccine	Doses	Día / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratory	Vaccine Batch	Administering Center	Full name Vaccinador
Fiebre Amarilla	Única	13	10	1995		SIN DATO	CLINICA DERALTY IBAGUE	MARTHA Z
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	18	07	2020		V50220614	HOSPITAL DEL SAN ANTONIO	MAYELI MUÑOZ URBANO
COVID JANSSEN	Única	09	07	2021	Janssen	208A21A	BOGOTÁ - INNOVAR SALUD SAS	MICHAEL STIVEN PAEZ ACHAGUA
COVID PFIZER	Primer Refuerzo	10	04	2022	PFIZER	210963	FORJA EMPRESAS	SANDRA MILENA CHAVES MORENO
Fiebre Amarilla Particular	Única	12	10	2025		24P0618	PROMOMER LTDA	VICTOR LISANDRO GAITAN DIAZ - CC1006069397 - ACTIVO
Fiebre Amarilla	Única	12	10	2025	Fabricante	24P0618	PROMOMER LTDA	VICTOR LISANDRO GAITAN DIAZ - CC1006069397 - 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 Immunization - 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.

228

RESULTADO

clínica nuestra
por tu bien

NOMBRE:	**Sta.AURA CRISTINA GOMEZ MONTEALEGRE**	**REFERENCIA:**	**128103691**
DOCUMENTO:	**CC.1075280349 H.C. 1075280349**	**FECHA INGRESO:**	**03.Jul.2025 08:23:25**
EMPRESA:	**CLINICA NUESTRA IBAGUE AMBULATORIO**	**SEDE:**	**CLINICA NUESTRA IB.**
DOCTOR:	**SOCIEDAD N.S.D.R. S.A.S CLINICA NUESTR**	**EDAD-SEXO:**	**31 Años - Femenino**

INMUNOQUIMICA

ESTUDIO	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA	
Hepatitis B. Anti-HBs	**> 1000.00** mUI/mL	No Reactivo	Menor de 10.0 mUI/mL
		Reactivo	Mayor o igual a 10.0 mUI/mL

Técnica. Inmunoanálisis Quimioluminiscente de Micropartículas (CMIA)

NOTA: Según recomendación de la Organización Mundial de la Salud, una concentración de anti-HBs mayor o igual a 10 mUI/ml se considera protección frente a una infección por el virus de la hepatitis B.

Analizado por,

Julián M Martínez O.

JULIÁN MANUEL MARTÍNEZ CROUZ
BACTERIOLOGO DE PROCESO T.P.1057586770
Copiado:JMMO

Fecha de Validación:04/Jul/2025 12:14

**La interpretación de este y todo examen corresponde exclusivamente al médico- [Página 1]*

RECOLECCIÓN DE DATOS EXPOSICIÓN A VARICELA					
Código: GA-FR-111	Fecha de elaboración: 03/05/2017	Fecha de actualización:	Versión:1	Página 1 de 1	

Fecha: _____

IDENTIFICACIÓN

Nombre Completo: Aura Cristina Gómez Montealegre

Documento de Identidad: 1075280349 de: Neiva Huila

Fecha Nacimiento: 02-06-1994 Edad: 31 Sexo: Femenino

Celular: 3150724804

No.	DETALLE	SI	NO
1.	HA TENIDO VARICELA O HA SIDO VACUNADO CONTRA LA VARICELA? Si su respuesta es SI, la encuesta finaliza.	X	
2.	ESTA USTED EN ESTADO DE EMBARZO?		
3.	HA RECIBIDO EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS ALGÚN TIPO DE TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR, O HA TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD QUE TENGA AFECTACIÓN DE SUS DEFENSAS?		
4.	SI RESPONDIÓ SI A LAS PREGUNTAS 2 Y 3, ESTUVO EN CONTACTO CERCANO CON EL PACIENTE FUENTE?. (Entiéndase contacto cercano, en la misma oficina y a menos de 5 metros de manera continua).		
5.	SI USTED NO ESTÁ EN EMBARAZO Y NO TIENE ENFERMEDAD O TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR, FAVOR INDICAR EL NIVEL DE CONTACTO QUE TUVO CON EL PACIENTE FUENTE.		
	A. TRABAJADOR DE LA MISMA OFICINA		
	B. TRABAJADOR DE OTRA OFICINA CON CONTACTO OCASIONAL.		
	C. NO TUVO CONTACTO		

Aura Cristina Gómez.
FIRMA PERSONA QUE DILIGENCIÓ

Powered by CamScanner

Lleras Acosta EL HOSPITAL DE TODOS	GESTION TECNOLOGIA DE LA INFORMACION	CÓDIGO: GA-FR-138
		Versión:2
	FORMATO ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y/NO DIVULGACION DE INFORMACION	Vigente desde: 03/07/2024
		Pagina: 1 de 2

DIVULGANTE: Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué E-S-E

RECEPTOR: Aura Cristina Gómez Montealegre

PROVEEDOR[ ] CONTRATISTA DE SERVICIOS [X] T.H DE LA EMPRESA
[]ESTUDIANTE[ ] RESIDENTE [ ] VISITANTE[ ] OTRO[ ]
CUAL: T.H DE LA EMPRESA

Para lo cual se tienen las siguientes cláusulas:

PRIMERA.- Objeto. Reglamentar el uso de la información dispuesta por EL DIVULGANTE para el RECEPTOR, ya sea de forma oral, gráfica o escrita para el desarrollo de los procesos de Direccionamiento, Misionales y de Apoyo logístico del Hospital Federico Lleras Acosta ESE.

SEGUNDA. -USO El uso de la información, que, en razón a sus funciones, conozca EL RECEPTOR por parte del DIVULGANTE, debe realizarse con responsabilidad, obligándose a mantener la más estricta confidencialidad respecto de dicha información.

2.EL RECEPTOR no podrá reproducir, modificar, hacer pública o divulgar a terceros la información obtenida en razón a sus funciones, y objeto del presente Acuerdo, sin previa autorización escrita y expresa del DIVULGANTE.

3. De igual forma, EL RECEPTOR adoptará respecto de la información objeto de este Acuerdo y conocida en razón de sus funciones, las mismas medidas de seguridad que adoptaría normalmente respecto a la información confidencial de su propiedad, evitando en la medida de lo posible su pérdida, robo o sustracción.

TERCERA.- Sin perjuicio de lo estipulado en el presente Acuerdo, ambas partes aceptan que la obligación de confidencialidad no se aplicará en los siguientes casos:

a) Cuando la información se encontrara en el dominio público en el momento de su suministro al RECEPTOR o, una vez suministrada la información, ésta acceda al dominio público sin infracción de ninguna de las estipulaciones del presente Acuerdo.
b) Cuando la legislación vigente o un mandato judicial exija su divulgación. En ese caso, EL RECEPTOR notificará al DIVULGANTE tal eventualidad y hará todo lo posible por garantizar que se dé un tratamiento confidencial a la información.

El Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E declara que la versión vigente y controlada de este documento solo podrá ser consultada en la INTRANET institucional; toda copia o impresión de este se considera como documento

NO CONTROLADO

CUARTA.- Los derechos de propiedad intelectual de la información objeto de este Acuerdo pertenecen al DIVULGANTE y el hecho de revelarla al RECEPTOR para el fin mencionado en la Estipulación Primera no cambiará tal situación.

En caso de que la información resulte revelada o divulgada o utilizada por EL RECEPTOR de cualquier forma distinta al objeto de este Acuerdo, ya sea de forma dolosa o por mera negligencia, habrá de indemnizar al DIVULGANTE los daños y perjuicios ocasionados, sin perjuicio de las acciones civiles o penales que puedan corresponder a este último.

QUINTA. - Las partes se obligan a devolver cualquier documentación, antecedentes facilitados en cualquier tipo de soporte y, en su caso, las copias obtenidas de los mismos, que constituyan información amparada por el deber de confidencialidad objeto del presente Acuerdo en el supuesto de que cese la relación entre las partes por cualquier motivo.

Y en señal de expresa conformidad y aceptación de los términos recogidos en el presente Acuerdo, lo firman las partes:

Fecha. :_____Ciudad: IBAGUE-TOLIMA_____

DIVULGANTE

HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ E-S-E

RECEPTOR

NOMBRE: **Aura Cristina Gómez Montealegre**

No. C.C:1075280349

FIRMA:

El Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E declara que la versión vigente y controlada de este documento solo podrá ser consultada en la INTRANET Institucional; toda copia o impresión de este se considera como documento NO CONTROLADO

Federico Lleras Acosta	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	CÓDIGO: GA-FR-136
		Versión: 3
	FORMATO AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	Vigente desde: 27/07/2023
		Página: 1 de 2

En cumplimiento de lo dispuesto en la ley 1581 de 2012 reglamentada por el Decreto 1377 de 2013, sobre la protección de datos personales el responsable del tratamiento de sus datos personales es el Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E. Ibagué-Tolima, identificado con Nit: 890,706,833-9, ubicado en la Calle 33 No. 4A - 50 de la ciudad de Ibagué, y, en tal virtud, podrá directamente o a través de terceros designados o encargados por el mismo, recolectar, almacenar, usar, poner en circulación o suprimir la información personal suministrada, en los diferentes procesos tanto misionales como administrativos y de apoyo logístico del Hospital para las finalidades establecidas en la presente autorización.

Por favor marcar según corresponda:

___ Aspirante	___ Estudiante	___ Pacientes y Acompañantes	X Proveedores y Contratistas
___ Veedor	___ Empleado o Exempleado		Otro. ¿Cual? _____

FINALIDAD

GENERALES	La ejecución del contrato suscrito con cualquier persona que se encuentre en relación con EL HOSPITAL. Pago de obligaciones contractuales. Envío de información a entidades gubernamentales o judiciales por solicitud expresa de la misma. Soporte en procesos de auditoría externa/interna. Envío/recepción de mensajes con fines comerciales, publicitarios y/o de atención al cliente. Registro de la información de los candidatos, usuarios, pacientes, empleados, proveedores y/o terceros en la base de datos de EL HOSPITAL. Contacto con candidatos, usuarios, pacientes, empleados, proveedores y/o terceros para el envío de información relacionado con la relación contractual, comercial y obligacional a que haya lugar. Recolección de datos para el cumplimiento de los deberes que como Responsable de la información y datos personales que le corresponda a EL HOSPITAL. Con propósitos de seguridad o prevención de fraude. Actualización de datos entregados por el Titular. Atención efectiva al usuario y cualquier otra finalidad que resulte en el desarrollo del contrato o la relación entre el titular de los datos y EL HOSPITAL.

Además de las finalidades generales, existen finalidades particulares, atendiendo a la relación que tienen los titulares de los datos personales con el Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E., como a continuación se describen:

ASPIRANTES	Cumplir con el proceso de afiliación al Sistema General de Seguridad Social Integral. Apertura de acceso a plataformas tecnológicas propias de la organización. Realización de procesos de elección y promoción interna.
ESTUDIANTES	Para fines investigativos, científicos, formativos y educativos. Para el diligenciamiento de encuestas, formularios y evaluación de convenios Docencia-Servicio. Realización de publicaciones internas y externas. Informar y conformar procesos de elección y promoción interna.
PACIENTES Y ACOMPAÑANTES	Validar la información en cumplimiento de las exigencias legales. Para el tratamiento de los datos personales protegidos por nuestro ordenamiento jurídico. Para el tratamiento y protección de los datos de contacto (direcciones de correo físico, electrónico, redes sociales y teléfono). Para solicitar y recibir de las instituciones y entidades de derecho público y/o empresas de carácter privado la información personal, financiera, académica, laboral y de seguridad social, que reposa en sus bases de datos. Preservar y conservar los datos clínicos y médicos por el tiempo que ordene la ley o por mandato de autoridad competente. Almacenar los datos contenidos en la historia clínica del paciente para el cumplimiento de los servicios médicos y hospitalarios. Obtener datos fundamentales para la investigación médica, clínica y epidemiológica; al igual que la identificación de avances clínicos, científicos y tecnológicos. Ofrecer información sobre campañas educativas y programas especiales relacionados con la promoción y prevención en salud. Mantener una comunicación con los titulares de los datos personales, relativa al desarrollo de las actividades propias del Hospital. Cumplir con las obligaciones legales y contractuales en las que se requiera recaudar información personal mediante la elaboración de Bases de Datos para efectos de control, supervisión y auditorías, y proyectos llevados a cabo por la entidad. Obtener datos fundamentales para la investigación clínica y epidemiológica. Lograr una eficiente comunicación relacionada con nuestros servicios y alianzas, por diferentes medios. Ofrecer información sobre campañas, programas especiales. Informar o invitar a campañas de mercadeo, promoción de servicios y educación al usuario. Realizar encuesta de satisfacción de servicios y atenciones prestadas. Elaboración de Informes a las autoridades legales competentes de problemáticas sociales identificadas en el proceso de Atención, Abuso sexual, violencia intrafamiliar , Abandono Social y maltrato infantil. Diligenciamiento de estudio socioeconómicos de acuerdo a situaciones sociales presentadas. Contestación, gestión y seguimiento a solicitudes de mejoramiento, peticiones y sugerencias.
PROVEEDORES Y CONTRATISTAS	Mantener una comunicación con los titulares de los datos personales, relativa al desarrollo de las actividades propias de la entidad de acuerdo a los perfiles de cada tipo de base de datos que posea la entidad. Realizar labores y gestiones de mercadeo para efectos de mejorar los servicios prestados por la entidad y mejorar el relacionamiento con proveedores y contratistas. Mantener un consolidado de los usuarios del dominio web y la realización de estadísticas, encuestas y demás actividades tendientes a la consecución de indicadores o información relevante para el cumplimiento del objeto social. Cumplir con las obligaciones legales y contractuales en las que se requiera recaudar información personal mediante la elaboración de Bases de Datos para efectos de control, supervisión y auditorías, y proyectos llevados a cabo por la entidad. Evaluar la calidad de los servicios ofrecidos por HOSPITAL. Desarrollar el objeto social de HOSPITAL conforme a sus estatutos. Cumplir lo dispuesto por el ordenamiento jurídico colombiano en materia laboral, fiscal, tributaria y mercantil. Suministrar información comercial y financiera a terceros para efectos de realizar reportes a centrales de riesgos por incumplimiento obligaciones.

FINALIDAD	
EMPLEADOS Y EX EMPLEADOS	Cumplir lo dispuesto por el ordenamiento jurídico colombiano en materia laboral y de seguridad social, entre otras, aplicables a empleados, ex empleados, empleados en misión, empleados temporales, empleados actuales y candidatos a futuro empleo. Almacenar la información concerniente a la hoja de vida de cada uno de los empleados y ex empleados. Realización de publicaciones internas y externas. Apertura de acceso a plataformas tecnológicas propias de la organización. Brindar información a empresas que soliciten verificar datos laborales de los empleados para autorización de créditos de dinero o créditos comerciales. (Previa verificación de fuente y uso de datos, se debe centrar en la verificación más no en el suministro de la información). Ser contactado directamente en caso de ser requerido, en razón de sus funciones. Detectar las necesidades de capacitación e implementar acciones que permitan el desarrollo de los centros de excelencia y la alta complejidad del Hospital . Emitir certificaciones relativas a su condición de empleado, tales como certificados de ingresos y retenciones, constancias laborales, entre otros. Informar y conformar procesos de elección y promoción interna.
VEEDORES	Para el diligenciamiento de encuestas, formularios y evaluación de indicadores de oportunidad y calidad de los servicios. Para comunicar información sobre servicios de salud, actividades, eventos académicos e institucionales. Para solicitud y trazabilidad de información entregada de carácter asistencial. Para temas relacionados en reuniones y convocatorias de comités de Ética Hospitalaria y Alianza de usuarios. Contestación, gestión y seguimiento a solicitudes de mejoramiento, peticiones, quejas, sugerencias y reclamos.

DECLARACIÓN:

Yo: Aura Cristina Gómez Montealegre mayor de edad, identificado(a) como aparece al pie de mi firma, AUTORIZO de manera previa, expresa, informada e inequívoca al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE E.S.E. para que directamente o a través de terceros designados o encargados por el mismo, recolecte, almacene, use, ponga en circulación o suprima la información personal suministrada, para los diferentes procesos tanto misionales como administrativos y de apoyo logístico del Hospital.

En cuanto a la recolección de datos biométricos (huella dactilar):
(a) Reconozco que el ingreso de información personal, lo realizo de manera libre y voluntaria dando cumplimiento a la solicitud de requerimientos específicos del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué-Tolima E.S.E
(b) El Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué-Tolima E.S.E se compromete a no ceder ni compartir los datos recibidos en el Aplicativo Dinámica Gerencial Hospitalaria sin mi consentimiento y aprobación expresa.
(c) El tratamiento de este dato sensible será utilizado exclusivamente para cotejar mi identidad con la Base de Datos del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué-Tolima E.S.E, con la finalidad de desarrollar las funciones propias de la entidad.

Así mismo, el Hospital y sus encargados garantizarán el ejercicio de los derechos del titular a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada, ser informado respecto del uso que se le ha dado a su información personal, acceder en forma gratuita a los datos que hayan sido objeto de Tratamiento, presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la normatividad vigente y revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respetan los principios, derechos y garantías constitucionales y legales.

La Política de Tratamiento de Datos Personales, se encuentra disponible en la Página Web del Hospital: www.hlleras.gov.co.
De conformidad con lo anterior, firmo como constancia en la ciudad de Ibague-Tolima a los ( ) _____días del mes de_____ del Año_____.

Firma:

Nombre: Aura Cristina Gómez Montealegre

C.C No: 1075280349 de: Neiva-Huila

En caso que el titular de la información sea un paciente menor de edad, debe autorizar un adulto responsable:

Fecha de Autorización: _____

Nombre del menor de edad:_____

Documento de Identidad:_____Tipo: NUIT____ TI:____Otro_____

Dirección de Correspondencia:_____

Ciudad:_____Teléfono Fijos:_____

Celular:_____E-mail:_____

Nombre del acudiente responsable del paciente menor :_____

Firma del acudiente responsable del paciente menor :_____Parentesco_____

228

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 1075280349 **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 02/09/2026 06:23 PM

Código Verificación: **V93JWX7TPF**

Válida hasta: **01/12/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

229

LISTADE CHEQUEO PERSONA JURIDICA-ASISTENCIAL						
N°	DOCUMENTOS	FOLIO	CUMPLE			RESPONSABLE
			SI	NO	NO APLICA	
	ETAPA PREPARATORIA					
1	FORMATO INFORMACIÓN GENERAL CONTRATISTA-PERSONA JURIDICA					
2	GA-FR-045-ESTUDIOS PREVIOS VERSION 6 CON VoBo					SUPERVISOR
3	SOLICITUD CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL					SUPERVISOR
	ETAPA PRECONTRACTUAL					
4	PANTALLAZO DE QUE SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL SECOP II					
5	PROPUESTA					
6	CARTA DE ACEPTACIÓN (firma Gerente)					SUPERVISOR
7	HOJA DE VIDA ACTUALIZADA EN EL SIGEP II DEL REPRESENTANTE LEGAL					
8	HOJA DE VIDA DE LA FUNCIÓN PUBLICA DE PERSONA JURIDCA					
9	FOTOCOPIA DE CEDULA DEL REPRESENTANTE LEGAL AL 150%					
10	RUT ACTUALIZADO DEL REPRESENTANTE LEGAL (menor a 3 meses)					
11	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS CONTRALORIA REPRESENTANTE LEGAL (menor a 3 meses)					
12	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PROCURADURÍA REPRESENTANTE LEGAL (menor a 3 meses)					
13	ANTECEDENTES JUDICIALES POLICÍA REPRESENTANTE LEGAL (menor a 3 meses)					
14	RUT DE LA EMPRESA (menor a 3 meses)					
15	CAMARA Y COMERCIO DE LA EMPRESA ACTUALIZADA (menor a 3 meses)					
16	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS CONTRALORÍA DE LA EMPRESA (menor a 3 meses)					
17	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PROCURADURÍA DE LA EMPRESA (menor a 3 meses)					
18	CERTIFICACIÓN DE APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL DE LOS ÚLTIMOS 6 MESES DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL GERENTE O REVISOR FISCAL (según el caso anexar fotocopia de la cedula; tarjeta profesional y certificado de la junta central de contadores del revisor fiscal)					
19	FORMULARIO UNICO DECLARACION JURAMENTADA DE **BIENES Y RENTAS** Y CONFLICTO DE INTERESES - PERSONA JURIDICA-DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LA LEY 2013 DE 2019					
20	GA-FR-105-FORMATO CONOCIMIENTO CLIENTES PERSONA JURÍDICA (revisado previamente por el área encargada)					
21	FORMATO INEXISTENCIA DE PERSONAL (firma P.E Talento Humano)					SUPERVISOR
22	CERTIFICADO DE IDONEIDAD (firma supervisor)					SUPERVISOR
23	GA-FR-138-ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN (firma representante legal)					
24	GA-FR-136 AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES (firma representante legal)					
25	GA-FR-168-FORMATO DECLARACIÓN ANUAL DE INTERESES PARTICULARES (firma representante legal)					
26	POLIZA - Responsabilidad medica vigente de la EMPRESA o de cada uno de los especialistas que van a desarrollar el contrato (Si la vigencia de la poliza esta proxima a vencer es necesario que el contratista realice la renovacion de la misma teniendo en cuenta que tambien es un requisito de la etapa Contractual)					
34	CERTIFICADO REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAM) CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LA LEY 2097 DE 2021					
27	HOJA DE VIDA DE LAS PERSONAS QUE DESEMPEÑAN LA FUNCION, ANEXANDO LA SIGUIENTE DOCUMENTACION:					
27.1	CERTIFICADOS DE ESTUDIO (titulo y certificaciones de educación formal y no formal, copia del título, diploma o certificado y acta de grado expedida por una institución educativa debidamente reconocida por el estado)	232-235	✓			
27.2	CERTIFICADOS DE EXPERIENCIA LABORAL (con funciones y según se indican las especificaciones técnicas de los estudios previos)	236-238	✓			
27.3	SOPORTE VITAL AVANZADO	239	✓			
27.4	CERTIFICADO FORMACIÓN EN SEDACIÓN (médicos generales)				✓	
27.5	ENTRENAMIENTO UCI (médico UCI)				✓	
27.6	CERTIFICACIÓN EN LA GESTIÓN OPERATIVA DE ÓRGANOS (especialistas UCI)				✓	
27.7	TARJETA PROFESIONAL Y CARNETS DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA (médicos y técnicos en imágenes)	240	✓			

✓230-231

Exct. Experiencia

Sgir Anexado

27.8	CERTIFICACIÓN DE CURSO - VÍCTIMAS VIOLENCIA (médicos generales y especialistas)	241	✓			
27.9	CERTIFICACIÓN CURSO DE HUMANIZACIÓN EN SALUD (según resolución 0238 del 12-02-2020-HFLL-política de humanización en conjunto con el programa de humanización)	242	✓			
27.10	ANTECEDENTES PROFESIONALES (vigencia menor a 3 meses)				✓	
27.11	VERIFICACION RETHUS (menor a 1 mes)	243	✓			
27.12	LIBRETA MILITAR Y/O SITUACION MILITAR DEFINIDA	244	✓			
27.13	FOTOCOPIA DE LA CEDULA AL 150%	245			✓	
27.14	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS CONTRALORÍA (vigencia menor a 3 meses)	246	✓			
27,15	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PROCURADURÍA (vigencia menor a 3 meses)	247	✓			
27,16	ANTECEDENTES JUDICIALES POLICÍA (menor a 3 meses)	248	✓			
27,17	SISTEMA REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS RNM (consultar en https://srvpsl.policia.gov.co/psc/frm_cnp_consulta.aspx)	249	✓			
27,18	CARTA - CONCENTIMIENTO PARA VERIFICAR ANTECEDENTES EN EL REGISTRO DE INHABILIDADES POR LA COMISION DELITOS SEXALES DE CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE VA EJECUTAR EL CONTRATO (conforme a lo establecido en la ley 1918 de 2018 y el decreto reglamentario 753 de 2019, revise mis antecedentes en el registro de inhabilidades por la comisión de delitos sexuales contra menores de edad)	250	✓			
27,19	CERTIFICADO RESULTADO DE LA CONSULTA - DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS (Ley 1918 de 2018; https://inhabilidades.policia.gov.co)	250	✓			
27,2	CERTIFICADO VACUNA HEPATITIS (vencimiento 10 años)	251	✓			
27,21	CERTIFICADO VACUNA TETANO (vencimiento 10 años)	251	✓			
27,22	CERTIFICADO VACUNA COVID-19 O CARNET VACUNACION	252	✓			
27,23	ANTICUERPOS HB MAYORES DE 10 U/L (vencimiento 5 años)				✓	
27,24	CERTIFICADO VACUNA VARICELA Y/O GA-FR-111 (formato que certifique que la adquirió)	253	✓			
27,25	GA-FR-138-ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN	254	✓			
27,26	GA-FR-136 AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	255	✓			
27,27	CERTIFICADO REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAM) CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LA LEY 2097 DE 2021	256	✓			
27,27	SOLICITUD REGISTRO PRESUPUESTAL				✓	SUPERVISOR
	ETAPA CONTRACTUAL					
28	CONTRATO					JURIDICA
29	REGISTRO PRESUPUESTAL					PRESUPUESTO
30	PÓLIZAS (cumplimiento-responsabilidad civil extracontractual- responsabilidad medica profesional aprobadas)					
31	RECIBO PAGO PÓLIZAS					
32	ESTAMPILLAS (Si aplica)					
33	CERTIFICADO DE LEGALIZACIÓN					
34	ACTA DE INICIO, ACTA MODIFICATORIA (si aplica), INFORMES DE SUPERVISIÓN, ACTAS DE ADICIÓN, PRORROGAS ETC SEGÚN ORDEN CRONOLÓGICO					SUPERVISOR
35	GJ-FR-002-ACTA DE TERMINACIÓN Y LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO					SUPERVISOR
	TOTAL FOLIOS					

REVISION, AVAL Y ENTREGA DE LOS DOCUMENTOS POR PARTE DEL AREA QUE GENERA LA NECESIDAD

1.) EN LA LISTA DE CHEQUEO SE DEBEN INCLUIR LOS FOLIOS PARA CADA DOCUMENTO, EN ORDEN CONSECUTIVO DE CADA UNO DE ELLOS Y EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE.

2.) LOS ESTUDIOS PREVIOS DEBEN SER ENVIADOS EN WORD AL CORREO ELECTRONICO estudiosprevios.juridica1@gmail.com CON EL FIN DE INCLUIR LA INFORMACION PLASMADA DE LOS ESTUDIOS PREVIOS, EN LA MINUTA CONTRACTUAL

3.) INFORMAR Y ANEXAR DOCUMENTOS EN CASO DE QUE HAYA CAMBIOS DEL PERSONAL QUE INICIALMENTE VAYA A EJECUTAR EL CONTRATO - LA CUAL DEBE ALLEGAR A LA OFICINA JURIDICA

ENTREGA

RECIBE

REVISA

230

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
Andrade	Sanchez	Sair Lovely.

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 13851424 — 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 06 MES 06 AÑO 1977.

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: TOLIMA

MUNICIPIO: IBAGUÉ

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Calle 28 n. 2-86 Barrio Claret

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: TOLIMA

MUNICIPIO: IBAGUÉ

TELÉFONO: 3209168883 EMAIL: sairloely07@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES 11 AÑO 2011
										X	

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
TECNICA	3	X		AUX DE ENFERMERIA.	07	2022	

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

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

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
OBSALUD		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TOLIMA	IBAGUÉ	OBSALUD.SAS@GMAIL.COM

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3212160613	DÍA 01 MES 09 AÑO 2025	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR DE ENFERMERIA		Cra 4b n. 32ª-07

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DCHC		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TOLIMA	IBAGUÉ	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3009076407	DÍA 2 MES 08 AÑO 2022	DÍA 20 MES 08 AÑO 2025

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

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

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

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

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		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	4	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	4	

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

55

232

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional
Secretaría de Educación del Chocó y en su nombre

INSTITUCIÓN EDUCATIVA TÉCNICO COMERCIAL

Resolución de aprobación Nº 1174 de junio 5 de 2015. Registro Educativo Nº 42150036. NIT: 900.075.804 – 1. Código ICFES 615195 - DANE Nº 327205000789

Condoto - Chocó

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACION NÚMERO 2 DE 1996

En la Ciudad de Condoto, hoy **03 del mes ndiciembre de 1996,** se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos y alumnas de último grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoria de la **INSTITUCION EDUCATIVA TÉCNICO COMERCIAL,** institución aprobada en el nivel de Educación Preescolar, Educación Básica Primaria, Básica Secundaria, Media Académica y Técnica, en la modalidad Académico, según Resolución Nº 1174 del de junio de 2015 de la Secretaría de Educación del Chocó y autorizado para otorgar las correspondientes certificaciones y títulos.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos y alumnas que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Técnica, se procedió a otorgar el **TITULO DE BACHILLER TÉCNICO COMERCIAL** al graduando cuyos nombres, apellidos y documento de identidad se relacionan a continuación:

SAIR LOVELY ANDRADE SÁNCHEZ

DOCUMENTO 35.851.424

DUPLICADO

Registrado para efectos legales de conformidad con los Decretos Nacionales No. 080 de enero 29 de 1981 y 921 de mayo 6 de 1994 en el Libro de actas de graduación **No 12, Folio No 012 del 03 de diciembre 1996.**

Autoridades académicas que intervienen en este acto: **EVELIO CAICEDO MENA,** Rector y **ONEXIS MOSQUER MORENO**, Secretaria.

LUZ EVERNY MOSQUERA MOSQUERA
Rectora (e)

SAMUEL MATURANA LOZANO
Secretario

Condoto, 10 de septiembre de 2025

INTECS

233

La República de Colombia
y en su nombre

El Instituto Nacional de Técnicas

INTECS

Entidad de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano con autorización oficial según Resolución No. 711006 de Julio 7 de 2009 y con registro de programa mediante Resolución No. 1050-001777 del 28 de Julio de 2016 De la Secretaria de Educación de Ibagué

Concede el presente Certificado de
Aptitud Ocupacional por Competencias a:

SAIR LOVELY ANDRADE SANCHEZ

C.C. 35.851.424

Quien realizó y aprobó satisfactoriamente las competencias correspondientes al programa de:

Técnico Laboral
Por Competencias en:

Auxiliar en Enfermeria

Con una intensidad de 1770 horas

Lorena Del Pilar Buitrago Mejía
Director General (E)

Daniela Alejandra Mora Portillo
Secretaria General

Acta de Certificado No. 247 Folio No 476
Dado en Ibagué. Tolima el 22 de Julio de 2022

INSTITUTO NACIONAL DE TECNICAS
Educación para el trabajo y el desarrollo humano

INSTITUTO NACIONAL DE TÉCNICAS INTECS
Institución de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano
Licencia de Funcionamiento No 71-1006 del 7 de Julio de 2009.

Con Registro de los programas de Salud según Resolución No 1050-001777 del 28 de julio de 2016 de la Secretaría de Educación Municipal

ACTA INDIVIDUAL DE ENTREGA DE CERTIFICADOS
N.º 247

El día 22 de Julio de 2022, siendo las 6:00 Pm en el Instituto nacional de técnicas INTECS de la ciudad de Ibagué se llevó a cabo a efecto el **ACTO DE ENTREGA DEL CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS** al alumno(a) **SAIR LOVELY ANDRADE SANCHEZ** identificado(a) con cédula de ciudadanía **C.C. 35.851.424**, quien cursó y aprobó en forma satisfactoria el Programa de **TECNICO LABORAL AUXILIAR EN ENFERMERIA**, de acuerdo con los requisitos Académicos exigidos por el Decreto No. 1 – 047 del 12 de enero de 2012 del Ministerio de Educación Nacional y por el Reglamento Pedagógico del Instituto Nacional de Técnicas. INTECS. Dicho acto fue presidido por el Director General **LORENA DEL PILAR BUITRAGO MEJIA** y la Secretaria General **DANIELA ALEJANDRA MORA PORTILLO.**

Una vez cumplido el acto de CERTIFICACIÓN se expide la siguiente acta el día 22 de Julio de 2022 .

LORENA DEL PILAR BUITRAGO MEJIA
Director General (E)

DANIELA ALEJANDRA MORA PORTILLO
Secretaria General

Elaboro : CARM

INTECS ®

INSTITUTO NACIONAL DE TÉCNICAS
Educación para el trabajo y el desarrollo humano

234

CE-0035-22

EL INSTITUTO NACIONAL DE TECNICAS "INTECS"
INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO
CON LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO N. 71-1006 DE 7 DE JULIO 2009 EMITIDO
POR LA SECRETARIA DE EDUCACION MUNICIPAL DE IBAGUE
NIT: 93358370-6

HACE CONSTAR

Que el alumno(a), **Andrade Sánchez Salir Lovely** identificado con C.C. 35.851.424, se encuentra cursando el Programa de AUXILIAR EN ENFERMERIA en el **3** semestre, jornada Nocturna con una intensidad horaria de 20 horas semanales, calendario A.

En el Horario jornada nocturna 6:30 pm a 9:30 pm

Se expide con destino DC HC.

Dada en la ciudad de Ibagué al 21 de enero de 2022.

Cordialmente,

Daniela Mora Portillo

DANIELA MORA PORTILLO
Secretaria general

Elaboró: Sindy Montiel

INSTITUTO NACIONAL DE TÉCNICAS
Educación para el trabajo y el desarrollo humano

CE-0113-22

EL INSTITUTO NACIONAL DE TECNICAS "INTECS"
INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO
CON LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO N. 71-1006 DE 7 DE JULIO 2009 EMITIDO POR LA SECRETARIA DE EDUCACION MUNICIPAL DE IBAGUE
NIT: 93358370-6

HACE CONSTAR

Que el alumno(a), **ANDRADE SANCHEZ SAIR LOVELY**, identificada con C.C. 35.851.424 de Ibagué, se encuentra matriculado al Programa de **TECNICO LABORAL AUXILIAR EN ENFERMERIA,** actualmente realiza tercero semestre, jornada nocturna de lunes a viernes de 6:30pm a 9:30pm, con una intensidad horaria de 20 horas semanales, calendario A. Tiene pendiente las prácticas de segundo semestre:

Prácticas de Consulta Externa
Lugar: USI Ricaurte
Fecha: 01, 02, 03 de marzo de 2022.
Hora: en las horas de la tarde de 12:30 pm a 7:00pm

Prácticas de Gineco
Lugar: Hospital Federico Lleras Acosta- Francia
Fecha: 05 de marzo Hora: 6:30am a 7:00pm
Fecha: 06 de marzo Hora: 6:30am a 12:3pm.

Prácticas Sala de Partos
Lugar: San Francisco Principal.
Fecha: 12 y 13 de marzo de 2022.
Hora: 6:30am a 7:00pm

Se expide con destino del interesado.

Dada en la ciudad de Ibagué a los 21 días de febrero de 2022.

Cordialmente,

Daniela Mora Portillo

DANIELA ALEJANDRA MORA PORTILLO
Secretaria General

Elaboró: Diana Reyes

Health & Biotechnology

CERTIFICA QUE

Sair Lovely Andrea de Sanchez

CC. 35851424

Asistió a la capacitación teórico práctica sobre

TECNOLOGIA PRISMAFLEX LINEA GAMBRO CRRT
AFERESMART PLASMAFERESIS, NIKKISO DBB06 HEMODIALISIS

INSTITUCIÓN:

Obsalud Septiembre 2025

Intensidad:

12 horas

Aprobación de la asistencia a la capacitación por:

PABLO VIVAS A.
GERENTE COMERCIAL
GLS HEALTH & BIOTECHNOLOGY

MÓNICA BARRIOS
COORDINADORA CLÍNICA
NACIONAL

Health & Biotechnology

CERTIFICA QUE

Sair Lovely Andrea de Sanchez

CC. 35851424

Asistió a la capacitación teórico práctica sobre

TECNOLOGIA PRISMAFLEX LINEA GAMBRO CRRT
AFERESMART PLASMAFERESIS, NIKKISO DBB06 HEMODIALISIS

INSTITUCIÓN:

Districlinicos Mayo 2024

Intensidad:

12 horas

Aprobación de la asistencia a la capacitación por:

PABLO VIVAS A.
GERENTE COMERCIAL
GLS HEALTH & BIOTECHNOLOGY

MÓNICA BARRIOS
COORDINADORA CLÍNICA
NACIONAL

236

OBSalud
NIT. 901123275-5

CERTIFICACION LABORAL

OBSALUD SAS IPS identificada con Nit. 901.123.275-5 certifica que la señora SAIR LOVELY ANDRADE con cedula de ciudadanía N. 35.851.424 de Condotó, labora bajo el cargo de Auxiliar de Enfermeria en atención al paciente Renal agudo o crónico desde el 23 al 30 de agosto de 2025 por contrato de prestación de servicios y del 01 de septiembre 2025 a la fecha con un contrato a término fijo, desarrollando las siguientes labores:

- Atención, cuidado y educación del paciente con falla renal aguda o crónica que requiera terapias de reemplazo renal intrahospitalaria en unidad de cuidado intensivo y servicios de hospitalización.
- En hemodiálisis intermitente realiza las funciones de monitorización, toma y control de signos vitales en el paciente, toma de muestras de laboratorio a necesidad,
- En terapias de reemplazo renal continua (CRRT) modalidades SCUF, CVVH, CVVHD, CVVHDF, CAVH, realiza las funciones de monitorización, toma y control de signos vitales en el paciente, toma de muestras de laboratorio a necesidad, inspección, curación de catéter, vigilancia de parámetros en maquina según criterio de nefrologia.

Se expide a solicitud del interesado, el dia 14 octubre de 2026.

Cordialmente,

Luis Eduardo Rengifo Flórez
Director Medico
OBSALUD SAS
Cel. 300 616 21 97

DISTRIBUIDORES CLÍNICOS HOSPITALARIOS DE COLOMBIA IPS S.A.S.
NIT. 901.113.261-1

CERTIFICACION LABORAL

DISTRIBUIDORES CLINICOS HOSPITALARIOS DE COLOMBIA IPS S.A.S identificada con NIT No 901.113.261-1. permite certificar que la señora, **ANDRADE SANCHEZ SAIR LOVELY,** identificada con CC No 35.851.424 de Condoto, labora como AUXILIAR DE ENFERMERIA de **DCHC IPS S.A.S.**, desde el (01) de septiembre de 2022, mediante contrato a Término Indefinido, con una asignación salarial de ($1.600.000) UN MILLON SEISENTOS MIL PESOS M/CTE.

Se expide la presente a solicitud de la interesada a los (28) dias de mes de Agosto de 2025.

Cordialmente,

Sebastian R
JUAN SEBASTIAN RAMOS ROMERO
COORDINADOR TALENTO HUMANO
D.C.H.C. IPS S.A.S.

INTECS

INSTITUTO NACIONAL DE TÉCNICAS
Educación para el trabajo y el desarrollo humano

CE-0113-22

EL INSTITUTO NACIONAL DE TECNICAS "INTECS"
INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO
CON LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO N. 71-1006 DE 7 DE JULIO 2009 EMITIDO POR LA SECRETARIA DE EDUCACION MUNICIPAL DE IBAGUE
NIT: 93358370-6

HACE CONSTAR

Que el alumno(a), **ANDRADE SANCHEZ SAIR LOVELY**, identificada con C.C. 35.851.424 de Ibagué, se encuentra matriculado al Programa de **TECNICO LABORAL AUXILIAR EN ENFERMERIA,** actualmente realiza tercero semestre, jornada nocturna de lunes a viernes de 6:30pm a 9:30pm, con una intensidad horaria de 20 horas semanales, calendario A. Tiene pendiente las prácticas de segundo semestre:

Prácticas de Consulta Externa
Lugar: USI Ricaurte
Fecha: 01, 02, 03 de marzo de 2022.
Hora: en las horas de la tarde de 12:30 pm a 7:00pm

Prácticas de Gineco
Lugar: Hospital Federico Lleras Acosta- Francia
Fecha: 05 de marzo Hora: 6:30am a 7:00pm
Fecha: 06 de marzo Hora: 6:30am a 12:3pm.

Prácticas Sala de Partos
Lugar: San Francisco Principal.
Fecha: 12 y 13 de marzo de 2022.
Hora: 6:30am a 7:00pm

Se expide con destino del interesado.

Dada en la ciudad de Ibagué a los 21 días de febrero de 2022.

Cordialmente,

Daniela Mora Portillo

DANIELA ALEJANDRA MORA PORTILLO
Secretaria General

Elaboró: Diana Reyes

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01586 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

Sair Lovely Andrade Sánchez

CC 35851424 de Condoto - Choco

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Avanzado RCP (ACLS) Resolución 3100 -2019 con un total de 120 Horas.

VerifiedMail

Fecha de emisión: 2025-08-25
Fecha de vencimiento: 2027-08-25

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique su autenticidad en su contenido en la página
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.edu

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051660. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

259

240

8/22 7:50 Imprimir Sin Servicio Social Obligatorio

GOBERNACION DEL TOLIMA
Secretaria De Salud Del Tolima

el Tolima nos une

RESOLUCION N° 002644

"Por la cual se Registra un título y se concede autorización para ejercer como"
TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA

SECRETARIA DE SALUD DEL TOLIMA
En uso de la facultad concedida por los Decretos N° 1875 de Agosto 3 de 1994 y 1352 de 2007, del Ministerio de Salud y

CONSIDERANDO

Que SAIR LOVELY ANDRADE SANCHEZ, identificado (a) con Cedula de Ciudadania N° 35851424, ha solicitado el registro del certificado de Aptitud Ocupacional como TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA, según diploma N° 4778 de fecha 2022-07-22 otorgado por INSTITUTO NACIONAL DE TECNICAS INTECS y acta de grado N° 247.

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 TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA a SAIR LOVELY ANDRADE SANCHEZ identificado (a) con Cedula de Ciudadania N° 35851424, titulo otorgado por INSTITUTO NACIONAL DE TECNICAS INTECS, segun acta de grado N° 247 del 2022-07-22.

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

ARTICULO TERCERO: NOTIFICAR a SAIR LOVELY ANDRADE SANCHEZ, el contenido de la presente resolución en los términos del artículo 67 y s.s del Código 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 días siguientes a la fecha de notificación.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

19 AGO 2022

MARTHA JOHANNA PALACIOS URIBE
Secretaria de Salud Del Tolima

Revisó: Victoria Eugenia Nuñez Aguilar Profesional Oficina De Servicio [illegible]
[illegible]

EL TOLIMA NOS UNE
Secretaria de Salud - Telefono: 2611111 ext 810 info@salud.tolima.gov.co

GOBERNACIÓN DEL TOLIMA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL ESTE ES EL COPIA DE SU ORIGINAL FIRMA

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

Sair Lovely Andrade Sánchez

CC 35851424 de Condoto - Choco

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia - Resolución 3100 / 2019 y Sentencia C - 55 -2022
con un total de 80 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-09-10
Fecha de vencimiento: 2027-09-10

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la página
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

241

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

Sair Lovely Andrade Sánchez

CC 35851424 de Condoto - Choco

Realizó y aprobó el Curso de Humanización en la Prestación de Servicios de Salud - Resolución 3100 -2019 con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-08-19
Fecha de vencimiento: 2027-08-19

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la página
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

242

Resultado General - 2026-10-06 - 10:59:07 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación	Detalles
CC	35851424	SAIR	LOVELY	ANDRADE	SANCHEZ	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 198 y 161 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constata que el (la) señor(a) SAIR LOVELY ANDRADE SANCHEZ identificado(a) con CC 35851424 registra la siguiente información:

2026-10-06 - 10:59:07 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Información Redes	Profesión u Ocupación	Fecha Inicio Vigencia Acto Administrativo	Acto Administrativo	Institución Educativa
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA	2022-08-19	2644	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 puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

242

244

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 35.851.424
ANDRADE SANCHEZ
APELLIDOS
SAIR LOVELY
NOMBRES

Sair lovely Andrade
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 06-JUN-1977
CONDOTO
(CHOCO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

12-JUN-1996 CONDOTO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-2900100-01075904-F-0035851424-20190522 0065457961A 1 6365415865

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 06 de octubre de 2026, a las 11:02:26, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	35851424
Código de Verificación	358514242610061102 26

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

216

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 304483539

PIB
11:57:35
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 08 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) SAIR LOVELY ANDRADE SANCHEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 35851424:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

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

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:05:25 AM horas del 06/10/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **35851424**

Apellidos y Nombres: **ANDRADE SANCHEZ SAIR LOVELY**

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.

24x

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, 06/10/2026 11:09:18 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **35851424** y Nombre:
SAIR LOVELY ANDRADE SANCHEZ.

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. **149059062** . 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

248

Señores
HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ TOLIMA,
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
Ciudad.

Referencia: **consentimiento revisión de antecedentes**

Yo Sair Lucely Andrade Sanchez identificado (a) con C.C 35851424 expedida en Candelo-Cauca, por medio del presente documento autorizo al **HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ TOLIMA, EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, para que conforme a lo establecido en la ley 1918 de 2018 y el decreto reglamentario 753 de 2019, revise mis antecedentes en el registro de inhabilidades por la comisión de delitos sexuales contra menores de edad.

Atentamente;

C.C 35851424

FECHA EXPEDICION C.C: 12/06/1996

Powered by CamScanner

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 11:06:59 horas del 06/10/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **35851424**, Apellidos y Nombres **ANDRADE SANCHEZ SAIR LOVELY**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **OBSALUD**, con NIT **901123275-5** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*; con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

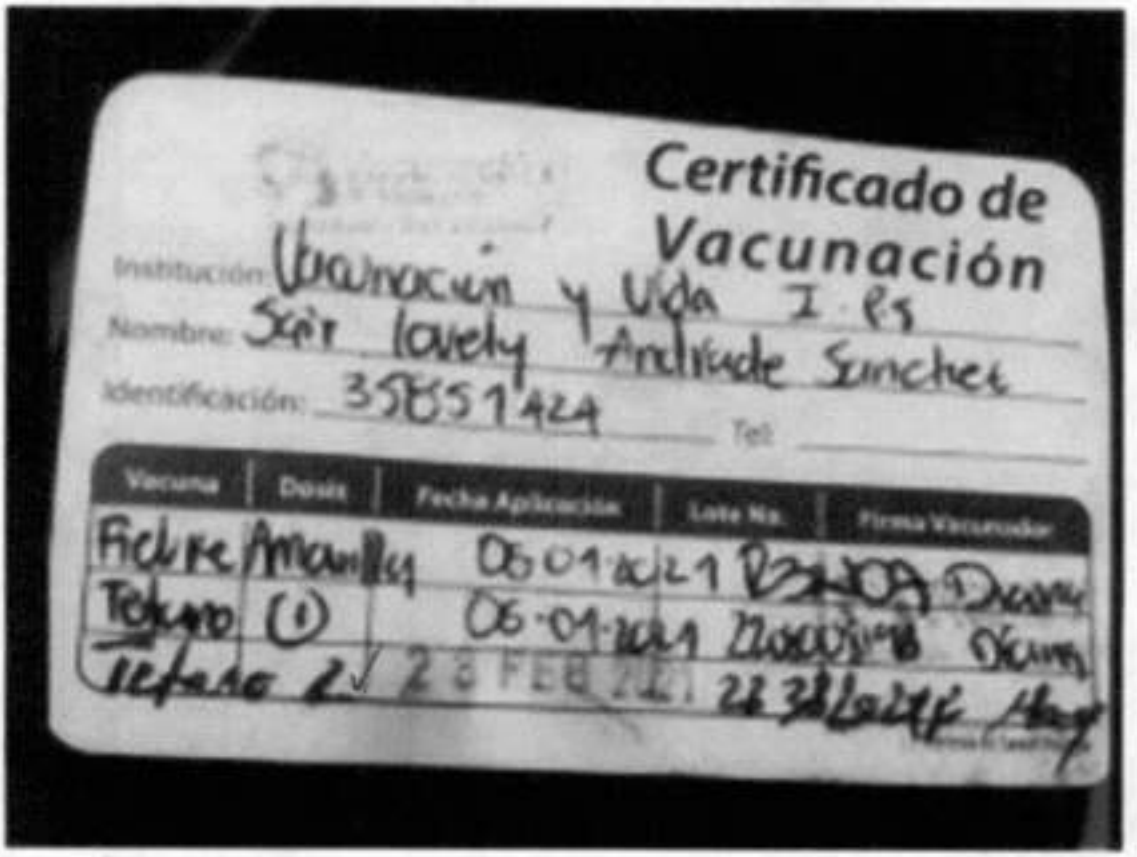
https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta



Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
Influenza	1a	07 ENE 2021	[illegible]	Shiven [illegible]
Hepatitis B	1a	07 Enero 2021	[illegible]	Yenifer

STATCARD

SIPCO SAMS



Certificado de Vacunación

Institución: Vacunación y Vida I.P.S

Nombre: Seir Lovely Andrade Sanchez

Identificación: 35851424 Tel:

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
Fiebre Amarilla		06-01-2021	[illegible]	[illegible]
Tetano	(1)	06-01-2021	[illegible]	[illegible]
Tetano	2	26 FEB 21	[illegible]	[illegible]

252

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: f553a4d0-be67-4f8d-b1c8-fe8ee6557e94

Nombres y apellidos / Full name: **SAIR LOVELY ANDRADE SANCHEZ**

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

Número de identificación / ID Number: **3 5 8 5 1 4 2 4**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **06/06/1977**

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

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

Correo electrónico / e-mail:

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				
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	07	01	2021		V50228014	IBAGUE CORPORACION IPS TOLIMA SEDE INTERLAGOS	JHONATHAN DELGADO ROZO
TD Adulto	Segunda	23	02	2021		2338L024F	IBAGUE CORPORACION IPS TOLIMA SEDE INTERLAGOS	LUZ MARY CUBILLOS REYES
COVID PFIZER	Primera	09	07	2021	PFIZER	FA9100	PROMOMER LTDA	LINA MARCELA CLAROS HERNANDEZ
COVID PFIZER	Segunda	30	07	2021	PFIZER	29125BA	CORPORACIÓN EL HOSPITAL IPS	DIANA PAOLA HERNANDEZ QUIROGA
TD Adulto	Tercera	11	09	2021		2339X026A	IBAGUE CORPORACION IPS TOLIMA SEDE INTERLAGOS	LUZ MARY CUBILLOS REYES
COVID PFIZER	Primer Refuerzo	22	02	2022	PFIZER	34511TB	IPS AVANZAR SAS	MARISOL GUAPACHO RIAPIRA

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 Immunization - 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.

RECOLECCIÓN DE DATOS EXPOSICIÓN A VARICELA					
Código GA-FR-111	Fecha de elaboración 03/05/2017	Fecha de actualización	Versión 1	Página 1 de 1	

Fecha: _____

IDENTIFICACIÓN

Nombre Completo: SAIR LOVELY ANDRADE SANCHEZ

Documento de Identidad: 35851424 de: CONDOTO- CHOCO

Fecha Nacimiento: 06/07/1977 Edad: 48 AÑOS Sexo: FEMENINO

Celular: 3208588503

No.	DETALLE	SI	NO
1.	HA TENIDO VARICELA O HA SIDO VACUNADO CONTRA LA VARICELA? Si su respuesta es SI, la encuesta finaliza.	x	
2.	ESTA USTED EN ESTADO DE EMBARZO?		
3.	HA RECIBIDO EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS ALGÚN TIPO DE TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR, O HA TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD QUE TENGA AFECTACIÓN DE SUS DEFENSAS?		
4.	SI RESPONDIÓ SI A LAS PREGUNTAS 2 Y 3, ESTUVO EN CONTACTO CERCANO CON EL PACIENTE FUENTE?. (Entiéndase contacto cercano, en la misma oficina y a menos de 5 metros de manera continua).		
5.	SI USTED NO ESTÁ EN EMBARAZO Y NO TIENE ENFERMEDAD O TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR, FAVOR INDICAR EL NIVEL DE CONTACTO QUE TUVO CON EL PACIENTE FUENTE.		
	A. TRABAJADOR DE LA MISMA OFICINA		
	B. TRABAJADOR DE OTRA OFICINA CON CONTACTO OCASIONAL.		
	C. NO TUVO CONTACTO		

FIRMA PERSONA QUE DILIGENCIÓ

Federico Lleras Acosta EL HOSPITAL DE TODOS	GESTION TECNOLOGIA DE LA INFORMACION	CODIGO: GA-FR-138
		Versión:2
	FORMATO ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD YNO DIVULGACION DE INFORMACION	Vigente desde: 03/07/2024
		Página: 1 de 2

DIVULGANTE: Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué E-S-E

RECEPTOR:

PROVEEDOR[ ] CONTRATISTA DE SERVICIOS [X] T.H DE LA EMPRESA
[]ESTUDIANTE[ ] RESIDENTE [ ] VISITANTE[ ] OTRO[ ]
CUAL: T.H DE LA EMPRESA

Para lo cual se tienen las siguientes cláusulas:

PRIMERA.- Objeto. Reglamentar el uso de la información dispuesta por EL DIVULGANTE para el RECEPTOR, ya sea de forma oral, gráfica o escrita para el desarrollo de los procesos de Direccionamiento, Misionales y de Apoyo logistico del Hospital Federico Lleras Acosta ESE.

SEGUNDA.-USO El uso de la información, que en razón a sus funciones, conozca EL RECEPTO R por parte del DIVULGANTE, debe realizarse con responsabilidad, obligándose a mantener la más estricta confidencialidad respecto de dicha información.

2.EL RECEPTOR no podrá reproducir, modificar, hacer pública o divulgar a terceros la informac ión obtenida en razón a sus funciones, y objeto del presente Acuerdo, sin previa autorización escrita y expresa del DIVULGANTE.

3. De igual forma, EL RECEPTOR adoptará respecto de la información objeto de este Acuerdo y conocida en razón de sus funciones, las mismas medidas de seguridad que adoptaría norm almente respecto a la información confidencial de su propiedad,evitando en la medida de lo posible su pérdida, robo o sustracción.

TERCERA.- Sin perjuicio de lo estipulado en el presente Acuerdo, ambas partes aceptan que l a obligación de confidencialidad no se aplicará en los siguientes casos:

a) Cuando la información se encontrara en el dominio público en el momento de su sum inistro al RECEPTOR o, una vez suministrada la información, ésta acceda al dominio p úblico sin infracción de ninguna de las estipulaciones del presente Acuerdo.
b) Cuando la legislación vigente o un mandato judicial exija su divulgación. En ese caso, EL RECEPTOR notificará al DIVULGANTE tal eventualidad y hará todo lo posible por ga rantizar que se dé un tratamiento confidencial a la información.

El Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E declara que la versión vigente y controlada de este documento solo podrá ser consultada en la INTRANET Institucional; toda copia o impresión de este se considera como documento

NO CONTROLADO

CUARTA.- Los derechos de propiedad intelectual de la información objeto de este Acuerdo pertenecen al DIVULGANTE y el hecho de revelarla al RECEPTOR para el fin mencionado en la Estipulación Primera no cambiará tal situación.

En caso de que la información resulte revelada o divulgada o utilizada por EL RECEPTOR de cualquier forma distinta al objeto de este Acuerdo, ya sea de forma dolosa o por mera negligencia, habrá de indemnizar al DIVULGANTE los daños y perjuicios ocasionados,sin perjuicio de las acciones civiles o penales que puedan corresponder a este último.

QUINTA.- Las partes se obligan a devolver cualquier documentación, antecedentes facilitados en cualquier tipo de soporte y, en su caso, las copias obtenidas de los mismos,que constituyan información amparada por el deber de confidencialidad objeto del presente Acuerdo en el supuesto de que cese la relación entre las partes por cualquier motivo.

Y en señal de expresa conformidad y aceptación de los términos recogidos en el presente Acuerdo, lo firman las partes:

Fecha. :_____ Ciudad: IBAGUE-TOLIMA

DIVULGANTE

HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ E-S-E

RECEPTOR

NOMBRE: SAIR LOVELY ANDRADE SANCHEZ

No. C.C: 35851424

FIRMA:

El Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E declara que la versión vigente y controlada de este documento solo podrá ser consultada en la INTRANET Institucional; toda copia o impresión de este se comidera como documento NO CONTROLADO

Federico Lleras Acosta	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	CÓDIGO: GA-FR-136
		Versión: 3
	FORMATO AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	Vigente desde: 27/07/2023
		Página: 1 de 2

En cumplimiento de lo dispuesto en la ley 1581 de 2012 reglamentada por el Decreto 1377 de 2013, sobre la protección de datos personales el responsable del tratamiento de sus datos personales es el Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E. Ibagué-Tolima, identificado con Nit: 890.706.833-9, ubicado en la Calle 33 No. 4A - 50 de la ciudad de Ibagué, y, en tal virtud, podrá directamente o a través de terceros designados o encargados por el mismo, recolectar, almacenar, usar, poner en circulación o suprimir la información personal suministrada, en los diferentes procesos tanto misionales como administrativos y de apoyo logístico del Hospital para las finalidades establecidas en la presente autorización.

Por favor marcar según corresponda:

___ Aspirante	___ Estudiante	___ Pacientes y Acompañantes	X Proveedores y Contratistas
___ Veedor	___ Empleado o Exempleado		Otro. ¿Cual? _____

FINALIDAD

GENERALES	La ejecución del contrato suscrito con cualquier persona que se encuentre en relación con EL HOSPITAL. Pago de obligaciones contractuales. Envío de información a entidades gubernamentales o judiciales por solicitud expresa de la misma. Soporte en procesos de auditoría externa/interna. Envío/recepción de mensajes con fines comerciales, publicitarios y/o de atención al cliente. Registro de la información de los candidatos, usuarios, pacientes, empleados, proveedores y/o terceros en la base de datos de EL HOSPITAL. Contacto con candidatos, usuarios, pacientes, empleados, proveedores y/o terceros para el envío de información relacionado con la relación contractual, comercial y obligacional a que haya lugar. Recolección de datos para el cumplimiento de los deberes que como Responsable de la información y datos personales que le corresponda a EL HOSPITAL. Con propósitos de seguridad o prevención de fraude. Actualización de datos entregados por el Titular. Atención efectiva al usuario y cualquier otra finalidad que resulte en el desarrollo del contrato o la relación entre el titular de los datos y EL HOSPITAL.

Además de las finalidades generales, existen finalidades particulares, atendiendo a la relación que tienen los titulares de los datos personales con el Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E., como a continuación se describen

ASPIRANTES	Cumplir con el proceso de afiliación al Sistema General de Seguridad Social Integral. Apertura de acceso a plataformas tecnológicas propias de la organización. Realización de procesos de elección y promoción interna.
ESTUDIANTES	Para fines investigativos, científicos, formativos y educativos. Para el diligenciamiento de encuestas, formularios y evaluación de convenios Docencia-Servicio. Realización de publicaciones internas y externas. Informar y conformar procesos de elección y promoción interna.
PACIENTES Y ACOMPAÑANTES	Validar la información en cumplimiento de las exigencias legales. Para el tratamiento de los datos personales protegidos por nuestro ordenamiento jurídico. Para el tratamiento y protección de los datos de contacto (direcciones de correo físico, electrónico, redes sociales y teléfono). Para solicitar y recibir de las instituciones y entidades de derecho público y/o empresas de carácter privado la información personal, financiera, académica, laboral y de seguridad social, que reposa en sus bases de datos. Preservar y conservar los datos clínicos y médicos por el tiempo que ordene la ley o por mandato de autoridad competente. Almacenar los datos contenidos en la historia clínica del paciente para el cumplimiento de los servicios médicos y hospitalarios. Obtener datos fundamentales para la investigación médica, clínica y epidemiológica; al igual que la identificación de avances clínicos, científicos y tecnológicos. Ofrecer información sobre campañas educativas y programas especiales relacionados con la promoción y prevención en salud. Mantener una comunicación con los titulares de los datos personales, relativa al desarrollo de las actividades propias del Hospital. Cumplir con las obligaciones legales y contractuales en las que se requiera recaudar información personal mediante la elaboración de Bases de Datos para efectos de control, supervisión y auditorías, y proyectos llevados a cabo por la entidad. Obtener datos fundamentales para la investigación clínica y epidemiológica. Lograr una eficiente comunicación relacionada con nuestros servicios y alianzas, por diferentes medios. Ofrecer información sobre campañas, programas especiales. Informar e invitar a campañas de mercadeo, promoción de servicios y educación al usuario. Realizar encuesta de satisfacción de servicios y atenciones prestadas. Elaboración de informes a las autoridades legales competentes de problemáticas sociales identificadas en el proceso de Atención, Abuso sexual, violencia intrafamiliar, Abandono Social y maltrato infantil. Diligenciamiento de estudio socioeconómicos de acuerdo a situaciones sociales presentadas. Contestación, gestión y seguimiento a solicitudes de mejoramiento, peticiones y sugerencias.
PROVEEDORES Y CONTRATISTAS	Mantener una comunicación con los titulares de los datos personales, relativa al desarrollo de las actividades propias de la entidad de acuerdo a los perfiles de cada tipo de base de datos que posea la entidad. Realizar informe y gestiones de mercadeo para efectos de mejorar los servicios prestados por la entidad y mejorar el relacionamiento con proveedores y contratistas. Mantener un consolidado de los usuarios del dominio web y la realización de estadísticas, encuestas y demás actividades tendientes a la consecución de indicadores o información relevante para el cumplimiento del objeto social. Cumplir con las obligaciones legales y contractuales en las que se requiera recaudar información personal mediante la elaboración de Bases de Datos para efectos de control, supervisión y auditorías, y proyectos llevados a cabo por la entidad. Evaluar la calidad de los servicios ofrecidos por HOSPITAL. Desarrollar el objeto social de HOSPITAL conforme a sus estatutos. Cumplir lo dispuesto por el ordenamiento jurídico colombiano en materia laboral, fiscal, tributaria y mercantil. Suministrar información comercial y financiera a terceros para efectos de realizar reportes a centrales de riesgos por incumplimiento obligacionales.

Federico Lleras Acosta	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	CÓDIGO: GA-FR-136
		Versión: 3
	AUTORIZACION PARA RECOLECCION Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	Vigente desde: 27/07/2023
		Página: 2 de 2

FINALIDAD	
EMPLEADOS Y EX EMPLEADOS	Cumplir lo dispuesto por el ordenamiento jurídico colombiano en materia laboral y de seguridad social, entre otras, aplicables a empleados, ex empleados, empleados en misión, empleados temporales, empleados actuales y candidatos a futuro empleo. Almacenar la información concerniente a la hoja de vida de cada uno de los empleados y ex empleados. Realización de publicaciones internas y externas. Apertura de acceso a plataformas tecnológicas propias de la organización. Brindar información a empresas que soliciten verificar datos laborales de los empleados (para autorización de créditos de dinero o créditos comerciales. (Previa verificación de fuente y uso de datos, se debe contar en la verificación más no en el suministro de la información). Ser contactado directamente en caso de ser requerido, en razón de sus funciones. Detectar las necesidades de capacitación e implementar acciones que permitan el desarrollo de los centros de excelencia y la alta complejidad del Hospital. Emitir certificaciones relativas a su condición de empleado, tales como certificados de ingresos y retenciones, constancias laborales, entre otros. Informar y conformar procesos de elección y promoción interna.
VEEDORES	Para el diligenciamiento de encuestas, formularios y evaluación de indicadores de oportunidad y calidad de los servicios. Para comunicar información sobre servicios de salud, actividades, eventos académicos e institucionales. Para solicitud y trazabilidad de información entregada de carácter asistencial. Para temas relacionados con reuniones y convocatorias de comités de Ética Hospitalaria y Alianza de usuarios. Contestación, gestión y seguimiento a solicitudes de mejoramiento, peticiones, quejas, sugerencias y reclamos.

DECLARACIÓN:

Yo: SAIR LOVELY ANDRADE SANCHEZ mayor de edad, identificado(a) como aparece al pie de mi firma, AUTORIZO de manera previa, expresa, informada e inequívoca al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE E.S.E, para que directamente o a través de terceros designados o encargados por el mismo, recolecte, almacene, use, ponga en circulación o suprima la información personal suministrada, para los diferentes procesos tanto misionales como administrativos y de apoyo logístico del Hospital.

En cuanto a la recolección de datos biométricos (huella dactilar).
(a) Reconozco que el ingreso de información personal, lo realizo de manera libre y voluntaria dando cumplimiento a la solicitud de requerimientos específicos del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué-Tolima E.S.E
(b) El Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué-Tolima E.S.E se compromete a no ceder ni compartir los datos recibidos en el Aplicativo Dinámica Gerencial Hospitalaria sin mi consentimiento y aprobación expresa.
(c) El tratamiento de este dato sensible será utilizado exclusivamente para cotejar mi identidad con la Base de Datos del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué-Tolima E.S.E, con la finalidad de desarrollar las funciones propias de la entidad.

Así mismo, el Hospital y sus encargados garantizarán el ejercicio de los derechos del titular a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada, ser informado respecto del uso que se le ha dado a su información personal, acceder en forma gratuita a los datos que hayan sido objeto de Tratamiento, presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la normatividad vigente y revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales.

La Política de Tratamiento de Datos Personales, se encuentra disponible en la Página Web del Hospital: www.hflleras.gov.co.
De conformidad con lo anterior, firmo como constancia en la ciudad de _____ a los ( ) _____ días del mes de _____ del Año _____.

Firma: _____

Nombre: SAIR LOVELY ANDRADE SANCHEZ

C.C No: 35851424 **de:** CONDOTO-CHOCO

En caso que el titular de la información sea un paciente menor de edad, debe autorizar un adulto responsable:

Fecha de Autorización: _____

Nombre del menor de edad: _____

Documento de Identidad: _____ Tipo: NUIT____ TI:____ Otro_____

Dirección de Correspondencia: _____

Ciudad: _____ Teléfono Fijos: _____

Celular: _____ E-mail: _____

Nombre del acudiente responsable del paciente menor : _____.

Firma del acudiente responsable del paciente menor : _____ Parentesco_____

256

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 35851424 **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 07/10/2026 10:28 AM

Código Verificación: **EPQ6ALRXJV**

Válida hasta: **07/01/2027**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

257

LISTADE CHEQUEO PERSONA JURIDICA-ASISTENCIAL						
Nº	DOCUMENTOS	FOLIO	CUMPLE			RESPONSABLE
			SI	NO	NO APLICA	
	ETAPA PREPARATORIA					
1	FORMATO INFORMACIÓN GENERAL CONTRATISTA-PERSONA JURIDICA					
2	GA-FR-048-ESTUDIOS PREVIOS VERSION 8 CON VoBo					SUPERVISOR
3	SOLICITUD CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL					SUPERVISOR
	ETAPA PRECONTRACTUAL					
4	PANTALLAZO DE QUE SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL SECOP II					
5	PROPUESTA					
6	CARTA DE ACEPTACIÓN (firma Gerente)					SUPERVISOR
7	HOJA DE VIDA ACTUALIZADA EN EL SIGEP II DEL REPRESENTANTE LEGAL					
8	HOJA DE VIDA DE LA FUNCION PUBLICA DE PERSONA JURIDCA					
9	FOTOCOPIA DE CEDULA DEL REPRESENTANTE LEGAL AL 150%					
10	RUT ACTUALIZADO DEL REPRESENTANTE LEGAL (menor a 3 meses)					
11	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS CONTRALORIA REPRESENTANTE LEGAL (menor a 3 meses)					
12	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PROCURADURÍA REPRESENTANTE LEGAL (menor a 3 meses)					
13	ANTECEDENTES JUDICIALES POLICÍA REPRESENTANTE LEGAL (menor a 3 meses)					
14	RUT DE LA EMPRESA (menor a 3 meses)					
15	CAMARA Y COMERCIO DE LA EMPRESA ACTUALIZADA (menor a 3 meses)					
16	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS CONTRALORÍA DE LA EMPRESA (menor a 3 meses)					
17	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PROCURADURÍA DE LA EMPRESA (menor a 3 meses)					
18	CERTIFICACIÓN DE APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL DE LOS ÚLTIMOS 6 MESES DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL GERENTE O REVISOR FISCAL (según el caso anexar fotocopia de la cedula; tarjeta profesional y certificado de la junta central de contadores del revisor fiscal)					
19	FORMULARIO UNICO DECLARACION JURAMENTADA DE **BIENES Y RENTAS** Y CONFLICTO DE INTERESES - PERSONA JURIDICA-DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LA LEY 2013 DE 2019					
20	GA-FR-105-FORMATO CONOCIMIENTO CLIENTES PERSONA JURÍDICA (revisado previamente por el área encargada)					
21	FORMATO INEXISTENCIA DE PERSONAL (firma P.E Talento Humano)					SUPERVISOR
22	CERTIFICADO DE IDONEIDAD (firma supervisor)					SUPERVISOR
23	GA-FR-138-ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN (firma representante legal)					
24	GA-FR-136 AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES (firma representante legal)					
25	GA-FR-168-FORMATO DECLARACIÓN ANUAL DE INTERESES PARTICULARES (firma representante legal)					
26	POLIZA - Responsabilidad medica vigente de la EMPRESA o de cada uno de los especialistas que van a desarrollar el contrato (Si la vigencia de la poliza esta proxima a vencer es necesario que el contratista realice la renovacion de la misma teniendo en cuenta que tambien es un requisito de la etapa Contractual)					
34	CERTIFICADO REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAM) CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LA LEY 2097 DE 2021					
27	HOJA DE VIDA DE LAS PERSONAS QUE DESEMPEÑAN LA FUNCION, ANEXANDO LA SIGUIENTE DOCUMENTACION:					
27.1	CERTIFICADOS DE ESTUDIO (títulos y certificaciones de educación formal y no formal; copia del título, diploma o certificado y acta de grado expedida por una institución educativa debidamente reconocida por el estado)	261-264	✓			
27.2	CERTIFICADOS DE EXPERIENCIA LABORAL (con funciones y según se indican las especificaciones técnicas de los estudios previos)	265-267	✓			
27.3	SOPORTE VITAL AVANZADO	268	✓			
27.4	CERTIFICADO FORMACIÓN EN SEDACIÓN (médicos generales)				✓	
27.5	ENTRENAMIENTO UCI (médico UCI)				✓	
27.6	CERTIFICACIÓN EN LA GESTIÓN OPERATIVA DE ÓRGANOS (especialistas UCI)					
27.7	TARJETA PROFESIONAL Y CARNETS DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA (médicos y técnicos en imágenes)	269	✓			

✓ 258-260

Hoja Entrenamiento Cristian Camilo Ossa

27.8	CERTIFICACIÓN DE CURSO - VÍCTIMAS VIOLENCIA (médicos generales y especialistas)	270	✓			
27.9	CERTIFICACIÓN CURSO DE HUMANIZACIÓN EN SALUD (según resolución 0238 del 12-02-2020-HFLL-política de humanización en conjunto con el programa de humanización)	271	✓			
27.10	ANTECEDENTES PROFESIONALES (vigencia menor a 3 meses)				✓	
27.11	VERIFICACION RETHUS (menor a 1 mes)	272	✓			
27.12	LIBRETA MILITAR Y/O SITUACION MILITAR DEFINIDA	273	✓			
27.13	FOTOCOPIA DE LA CEDULA AL 150%	274	✓			
27.14	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS CONTRALORÍA (vigencia menor a 3 meses)	275	✓			
27.15	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PROCURADURÍA (vigencia menor a 3 meses)	276	✓			
27.16	ANTECEDENTES JUDICIALES POLICÍA (menor a 3 meses)	277	✓			
27.17	SISTEMA REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS RNM (consultar en https://srvpsi.policia.gov.co/psc/frm_cnp_consulta.aspx)	278	✓			
27.18	CARTA - CONCENTIMIENTO PARA VERIFICAR ANTECEDENTES EN EL REGISTRO DE INHABILIDADES POR LA COMISION DELITOS SEXALES DE CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE VA EJECUTAR EL CONTRATO (conforme a lo establecido en la ley 1918 de 2018 y el decreto reglamentario 753 de 2019, revise mis antecedentes en el registro de inhabilidades por la comisión de delitos sexuales contra menores de edad)	279	✓			
27.19	CERTIFICADO RESULTADO DE LA CONSULTA - DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS (Ley 1918 de 2018; https://inhabilidades.policia.gov.co)	280	✓			
27.2	CERTIFICADO VACUNA HEPATITIS (vencimiento 10 años)	281	✓			
27.21	CERTIFICADO VACUNA TÉTANO (vencimiento 10 años)	282	✓			
27.22	CERTIFICADO VACUNA COVID-19 O CARNET VACUNACION	283	✓			
27.23	ANTICUERPOS HB MAYORES DE 10 UI/L (vencimiento 5 años)	284	✓			
27.24	CERTIFICADO VACUNA VARICELA Y/O GA-FR-111 (formato que certifique que la adquirió)	285	✓			
27.25	GA-FR-138-ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN	286	✓			
27.26	GA-FR-136 AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	287	✓			
27.27	CERTIFICADO REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAM) CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LA LEY 2097 DE 2021				✓	SUPERVISOR
27.27	SOLICITUD REGISTRO PRESUPUESTAL					
	ETAPA CONTRACTUAL					
28	CONTRATO					JURIDICA
29	REGISTRO PRESUPUESTAL					PRESUPUESTO
30	PÓLIZAS (cumplimiento-responsabilidad civil extracontractual- responsabilidad medica profesional aprobadas)					
31	RECIBO PAGO PÓLIZAS					
32	ESTAMPILLAS (Si aplica)					
33	CERTIFICADO DE LEGALIZACIÓN					
34	ACTA DE INICIO, ACTA MODIFICATORIA (si aplica), INFORMES DE SUPERVISIÓN, ACTAS DE ADICIÓN, PRORROGAS ETC SEGÚN ORDEN CRONOLÓGICO					SUPERVISOR
35	GJ-FR-002-ACTA DE TERMINACIÓN Y LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO					SUPERVISOR
	TOTAL FOLIOS					

REVISION, AVAL Y ENTREGA DE LOS DOCUMENTOS POR PARTE DEL AREA QUE GENERA LA NECESIDAD

1.) EN LA LISTA DE CHEQUEO SE DEBEN INCLUIR LOS FOLIOS PARA CADA DOCUMENTO, EN ORDEN CONSECUTIVO DE CADA UNO DE ELLOS Y EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE.

2.) LOS ESTUDIOS PREVIOS DEBEN SER ENVIADOS EN WORD AL CORREO ELECTRONICO estudiosprevios.juridica1@gmail.com CON EL FIN DE INCLUIR LA INFORMACION PLASMADA DE LOS ESTUDIOS PREVIOS, EN LA MINUTA CONTRACTUAL

3.) INFORMAR Y ANEXAR DOCUMENTOS EN CASO DE QUE HAYA CAMBIOS DEL PERSONAL QUE INICIALMENTE VAYA A EJECUTAR EL CONTRATO - LA CUAL DEBE ALLEGAR A LA OFICINA JURIDICA

ENTREGA

RECIBE **REVISA**

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
Cruz	Devia	Cristian Camilo

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (x) C.E ( ) PAS ( ) No. 1105782529

SEXO: F ( ) M (x)

NACIONALIDAD: COL (●) EXTRANJERO ( ) PAÍS: ____

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE (●) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO 1105782529 D.M 040 - Honda

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 0 2 MES 0 1 AÑO 1 9 8 8

PAÍS Colombia

DEPTO Tolima

MUNICIPIO Honda

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Call 154 # 21- 22 Sur

PAÍS Colombia DEPTO Tolima

MUNICIPIO Ibagué

TELÉFONO 3232255446 EMAIL cristiancamilocruzdevia@gmail

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: Bachiller Técnico Comercial

PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	■	MES 1 AÑO 2004

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
Técnico	4	X		Auxiliar de Enfermería	08	2015	25729

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
Español			X						

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
OBSALUD SAS		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Tolima	Ibagué	obsalud.sas@gmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3502159208	DÍA 1 MES 05 AÑO 2028	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Auxiliar Enfermería – Hemodiálisis	Asistencial	Calle 35 # 4d – 36 BARRIO CAdiz

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
UNIDAD RENAL DEL TOLIMA		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TOLIMA	IBAGUÉ	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3502159208	DÍA 17 MES 02 AÑO 2025	DÍA 30 MES 03 AÑO 2026

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN CALLE 31 #4D-36
Auxiliar de Enfermería – Extramural hemodiálisis	Asistencial	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DAVITA SAS		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CUNDINAMARCA	BOGOTÁ	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3186405354	DÍA 14 MES 06 AÑO 2023	DÍA 09 MES 12 AÑO 2023

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Auxiliar Enfermería – Hemodiálisis	Asistencial	KRA13 #56-23

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
FRESENIUS MEDICAL CARE		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TOLIMA	HONDA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3156274267	DÍA 18 MES 02 AÑO 2020	DÍA 09 MES 11 AÑO 2022

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXLIAR ENFERMERIA	ASISTENCIAL	AVENIDA CENTENARIO CALLE 9A

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

260

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		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	*11 años*	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

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 MÍ 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*

La República de Colombia

y en su nombre la

Institución Educativa Técnica Comercial

"Alfonso López Pumarejo"

Honda - Tolima

Institución autorizada por la Gobernación del Departamento del Tolima, según Resolución Nº. 0927 del 16 de Agosto de 2002 y Resolución de Estudios No. 250 del 16 de Marzo de 2001

Confiere a:

Cristian Camilo Cruz Devia

Identificado (a) con T.I. Nº. 880102-55621 de Honda - Tolima

El Título de:

Bachiller Técnico Comercial Contable

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

Hna. Elizabeth Vargas Doronzoro
C.C. No. 29.393.759 de Cartago V.
Rectora

Martha Lucía Rodríguez Caicedo
C.C. No. 38.283.819 de Honda Tol.
Secretaria

Anotado al Folio 71 L. 1 Acta General de Graduación No. 01

Dado en Honda Tolima a los 17 días del mes de Diciembre de 2004

No requiere Registro de la Secretaría de Educación, según decreto 921 del 6 de Mayo de 1994, y 2150 del 3 de Diciembre de 1995, de la Presidencia de la República

762

Institución Educativa Técnica Comercial

"Alfonso López Pumarejo"

Carretera Vía Mariquita Tel. 2513611 Honda - Tolima

Inscripción S.E. : 13491047

Inscripción Dane: No. 173349000701

Jornada Diurna

Acta Individual de Graduación

En Honda Tolima, a los 17 días del mes de Diciembre de 2004 se reunieron, con el fin de formalizar la Graduación de los alumnos de último grado, las suscritas Rectora y Secretaria, en la Rectoría de la Institución Educativa Técnica Comercial "Alfonso López Pumarejo", Institución autorizada por la Gobernación del Departamento del Tolima para otorgar el título de Bachiller Técnico Comercial Contable, según Resolución No. 0927 del 16 de Agosto del 2002 y Resolución de Estudios No. 230 del 16 de Marzo de 2001

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

Bachiller Técnico Comercial Contable

al Graduando cuyos nombres, apellidos e identificación, se relacionan a continuación:

Cristian Camilo Cruz Devia

Identificado (a) con T.I. No 880102-33621 de Honda

Dada en Honda Tolima a los 17 días del mes de Diciembre de 2004

Firmada por: Hna. Elizabeth Vargas Doronzoro C.C. 29 393 739 de Cartago (Rectora)
y Martha Lucia Rodriguez Caicedo C.C. 38.283.819 de Honda (Secretaria)

DIRECTOR

Hna. Elizabeth Vargas Doronzoro
C.C. No. 29.393.739 de Cartago (Valle)
Rectora

Martha Lucia Rodriguez Caicedo
C.C. No. 38.283.819 de Honda (Tol.)
Secretaria

NOTA. Según Decreto No. 1024 del 15 de Abril de 1982 No requiere autenticación de firmas

La Secretaria de Educacion y en su nombre la

UNIDAD CORPORATIVA ARKOS

Personeria juridica No.6621 del 29 de septiembre de 1991,
Licencia de funcionamiento No. 007570 del 28 de diciembre de 2017
y registro No.000105 del 9 de Enero de 2018 de la
Secretaria de Educacion de Cundinamarca.

Confiere a:

Cristian Camilo Cruz Devia

Identificado(a) con documento de identidad No. 1105782529 expedido en Honda

Certificado de Técnico Laboral por Competencias en:

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Por haber cursado y aprobado satisfactoriamente las competencias establecidas
y los estudios correspondientes a la Educación para el trabajo y el desarrollo humano,
en el programa de formación laboral, según los planes vigentes
De acuerdo a la ley 1064 de 2006 y el decreto 1075 de 26 mayo 2015, con una intensidad de
1617 horas

Este documento es oficial. Su impresión y caligrafía no deben estar enmendadas.
Verifique su autenticidad en el archivo institucional. Teléfono directo suscriptores

HUMBERTO GONZALEZ VILLAMIZAR
DIRECTOR GENERAL

NANCY STELLA MARTINEZ PULIDO
RECTORA

Secretaria Académica

Dado en Ubate a los 23 dias del mes de noviembre del año 2018
Registro de Folio No.2 del libro de actas No. 03 Código CF2508 Acreditación No. 188A

UNIDAD CORPORATIVA ARKOS

Acreditacion No. 1863

En Ubate, a los 23 dias del mes de noviembre del 2018 se reunieron los suscritos Director General Rectora, Director a Regional, y Secretaria(o) Academico (a) de la Institución, con el fin de formalizar la certificacion de los estudiantes del ultimo modulo de educación para el trabajo y desarrollo humano de la "Unidad Corporativa Arkos" Institucion aprobada segun Licencia de funcionamiento No. 007570 del 28 de diciembre de 2017 y registro No. 105 del 9 de Enero de 2018 de la Secretaria de Educacion de Cundinamarca.

Comprobada la situacion legal y Academica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes a la Educación para el trabajo y desarrollo humano y de acuerdo a los lineamientos trazados por la Ley 1064 de 2006 y Decreto 1075 de 26 mayo 2015 y la ley General de Educación se procedió a otorgar al estudiante

Cristian Camilo Cruz Devia

Identificado(a) con documento de identidad No. 1105782529 expedido en Honda y código No. CF2508

Certificado de Técnico Laboral por Competencias en:

AUXILIAR DE ENFERMERIA

fiel copia tomada del Folio No. 2 del libro de Actas No. 63 y consta de 15 estudiante(s) que comienzan con el nombre de: Arteaga Enriquez Carmen Rosa identificado(a) con documento de identidad No.52219072 expedido en Bogotá y termina con el nombre de: Castiblanco Alarcon Andrea identificado(a) con documento de identidad No. 1109299351 expedido en Fresno

Este documento es oficial. Su impresión y caligrafia no deben estar enmendadas.
Verifique su autenticidad en el archivo institucional. Telefono directo 3123056000

HUMBERTO GONZALEZ VILLAMIZAR
DIRECTOR GENERAL

NANCY STELLA MARTINEZ PULIDO
RECTORA

Secretaria Academica

NIKKISO

Certificado

Por la presente se certifica que

CRISTIAN CAMILO CRUZ DEVIA

Ha asistido a una formación sobre:

Reentrenamiento en Manejo de Soporte Renal Continuo y Plasmaferesis con Tecnologia Aquarius Platinum

Nombre y cargo del formador:
Carolina Mendez Aceros.
Especialista clínico y de ventas

Firma

Fecha: 10 de Noviembre 2023

264

OBSalud
NIT. 901123275-5

CERTIFICACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBSALUD SAS

NIT. 901.123.275-5

Certifica que:

El señor CRISTIAN CAMILO CRUZ DEVIA identificado con cedula de ciudadanía N. 1.105.782.529 expedida en Honda, tiene un contrato por prestación de servicios desde el 05 de mayo de 2026 a la fecha con actividades contra actuales descritas a continuación:

- Atención, cuidado y educación del paciente con falla renal aguda o crónica que requiera terapias de reemplazo renal intrahospitalaria en unidad de cuidado intensivo y servicios de hospitalización.
- En hemodiálisis intermitente realiza las funciones de monitorización, toma y control de signos vitales en el paciente, toma de muestras de laboratorio a necesidad,
- En terapias de reemplazo renal continua (CRRT) modalidades SCUF, CVVH, CVVHD, CVVHDF, CAVH, realiza las funciones de monitorización, toma y control de signos vitales en el paciente, toma de muestras de laboratorio a necesidad, inspección, curación de catéter, vigilancia de parámetros en maquina según criterio de nefrología.

Se expide a solicitud del interesado, el dia 14 octubre de 2026.

Cordialmente,

Luis Eduardo Rengifo Flórez
Director Medico
OBSALUD SAS
Cel. 300 616 21 97

766

IBAGUE, martes, 21 de abril de 2026

LISTOS

890.311.341 - 0

CERTIFICAMOS

Que CRISTIAN CAMILO CRUZ DEVIA, identificado con la cédula de ciudadanía N° 1.105.782.529, laboró en nuestra empresa como empleado temporal en mision desde el martes, 01 de abril de 2025 y concluyó el martes, 31 de marzo de 2026

Del referido contrato el trabajador recibió la liquidación de sus derechos laborales, hecha de manera completa por la empresa y pagado sin que este hiciera alguna salvedad.

- Empresa usuaria: UNIDAD RENAL DEL TOLIMA SAS.
- Cargo desempeñado: AUXILIAR DE ENFERMERIA

PAOLA KATHERINNE ALBA CASTANO
HRBP DIRECTOR

262

DaVita.

LA DIRECCIÓN NACIONAL DE TALENTO HUMANO CERTIFICA QUE

El señor(a) **Cristian Camilo Cruz Devia**, identificado(a) con Cédula Ciudadanía número 1.105.782.529, de HONDA, laboró en **DAVITA SAS**, desde el **14 de junio de 2023**, hasta el **—**, desempeñó el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA**. Su contrato de trabajo fue a término **Indefinido**.

La presente se expide a solicitud del interesado el 10 de diciembre de 2023, en la ciudad de Bogotá.

Atentamente,

JUAN FERNANDO JIMENEZ PIZARRO
DIRECTOR TALENTO HUMANO
DAVITA S.A.S.
Nit: 900.532.504 - 8

Para mayor información llamar al 3107803860
Av. Carrera 45 No. 108-27 Piso 22 Torre 3. Bogotá
Tel. (+57 - 1) 580 49 49 Ext 1152
DaVita.com/CO

FRESENIUS
MEDICAL CARE

Fresenius Medical Care Colombia S.A.
Dirección Recursos Humanos
Carrera 7 # 156 - 10 Piso 2
www.fresenusmedicalcare.com.co
Bogotá Cocina Park
fmc.bogota@fmc-ag.com

FRESENIUS MEDICAL CARE COLOMBIA S.A.

CERTIFICA:

Que **CRUZ DEVIA CRISTIAN** quien se identifica con Cédula de Ciudadania No. **1105782529.** laboró en nuestra compañía, FRESENIUS MEDICAL CARE COLOMBIA S.A., desde el 18 de febrero de 2020 hasta el 9 de noviembre de 2022.

Su vinculación fue mediante un contrato a TERMINO INDEFINIDO

El último cargo desempeñado fue: AUXILIAR DE ENFERMERIA.

Se expide la presente certificación, en Bogotá, D.C., el 9 de noviembre de 2022

Cordialmente,

FRESENIUS
MEDICAL
CARE
Nit: 830.007.355-2
Tel: 294 1400 Ext: 3026

EDGARDO FERNANDEZ CASTELLANOS
COORDINADOR DE NOMINA

Powered by CamScanner

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

Cristian Camilo Cruz Devia

CC 1105782529 de Honda - Tolima

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Básico RCP (BLS) Resolución 3100 -2019 con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-02-11
Fecha de vencimiento: 2027-02-11

FUNDACIONNUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3208
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

CUNDINAMARCA

769

RESOLUCIÓN No. 25 - 0729 DE 2019

"Por la cual se autoriza el ejercicio de una ocupación en el Territorio Nacional"

LA SECRETARIA DE SALUD

En uso de sus facultades legales y reglamentarias en especial las conferidas por el Decreto 1352 de 2000 por el cual modifica parcialmente el Decreto 1875 de 1994, emanada por el Ministerio de Salud y Protección Social, demás normas concordantes y,

CONSIDERANDO:

Que ***CRUZ DEVIA CRISTIAN CAMILO,*** *identificado(a) con Cedula de Ciudadania No* ***1105782529,*** *expedida en* ***HONDA TOLIMA,*** *solicitó ante esta Secretaría de Salud la autorización, para ejercer como* ***TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA;*** *diploma otorgado por,* ***LA UNIDAD CORPORATIVA ARKOS EN UBATE CUNDINMRCA,*** *según* ***ACTA DE ACREDITACION No L88A DE NOVIEMBRE 23 DE 2018***

Que dicho certificado de aptitud ocupacional, no requiere Registro de la Secretaría de Educación, de conformidad con lo establecido en el Parágrafo del Artículo 2°, de la Resolución 08211 de 1989.

Que estudiada la documentación presentada por el (la) solicitante, este (a) cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes.

Que en virtud de lo expuesto, este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: *Autorizar a* ***CRUZ DEVIA CRISTIAN CAMILO,*** *identificado(a) Cedula de Ciudadanía No* ***1105782529,*** *expedida en* ***HONDA TOLIMA*** *, para ejercer* ***TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA,*** *y tiene efectos en el Territorio Nacional.*

ARTICULO SEGUNDO: Con la presente Resolución, el profesional quedará inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

ARTÍCULO TERCERO: Notificar la presente resolución conforme a lo dispuesto en el Art. 67 y siguientes del CPACA, advirtiéndole que contra la misma procede el recurso de reposición que se interpondrá dentro de los diez (10) días siguientes a su notificación

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a 28 FEB 2019

ANA LUCIA RESTREPO ESCOBAR
Secretaria

Proyectó Jemith Flórez A.
Revisó Dora Rodríguez
V.B CAAJ Guillermo León Valencia Ramírez

BOGOTA D.C. 12-3-19
A la fecha fue notificado personalmente al
SEÑOR(A) Cruz Devia Cristian
CC No. 1105782529
Firma

CERTIFICADO DE
CUMPLIMIENTO

la U mtd

Se reconoce que

CRISTIAN CAMILO CRUZ DEVIA

Ha completado satisfactoriamente el curso de

Atención a víctimas de violencia sexual

cumpliendo con los requisitos académicos exigidos por La U MTD

24/01/26	22/01/28	2561415657CC
FECHA DE EMISIÓN	FECHA DE EXPIRACIÓN	CERTIFICADO ID

062

Acredita
AscendSer
NIT: 1069727714-3

Fórmate & Certifícate

Bajo el Código Único Interno 8ZQ26RFMRT certifica que

Cristian Camilo Cruz Devia

Con Cédula de Ciudadanía (CC) N. 1105782529

Finalizó exitosamente el curso Básico de

Humanización en la Prestación de los Servicios de Salud

con 45 horas de intensidad y un año de vigencia

a partir del día 02 de Junio de 2026

CÚI: BZQ26RFMRT

Jesús D. Pinilla

Representante Legal
NIT: 1069727714-3

Profesional en Salud
RM: 1010012384

Este certificado se otorga conforme a los lineamientos del Ministerio de Educación, en el marco de la Educación Informal - No formal, y no conduce a título alguno o certificado de aptitud ocupacional. Todos los detalles legales se encuentran en www.formateycertificate.com/nosotros/

Nuestros medios de contacto: 312 591 3751 - contacto@ascendser.com - www.formateycertificate.com

12

Resultado General - 2026-10-06--10:59:07 AM - 2026-10-06--2:16:36 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación	Detalles
CC	1105782529	CRISTIAN	CAMILO	CRUZ	DEVIA	Vigente	Ver

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) CRISTIAN CAMILO CRUZ DEVIA identificado(a) con CC 1105782529 registra la siguiente información:

2026-10-06--2:16:36 PM

Información Académica

Título Obtenido	Origen Título	Profesión y Ocupación	Fecha Terminación Materias	Acta Grado	Entidad Expide Título
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA	2019-02-28	729	DTS SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

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

2-13

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA

EJÉRCITO NACIONAL

COMANDO DE RECLUTAMIENTO Y CONTROL RESERVAS

EL SUSCRITO OFICIAL DE ATENCIÓN AL USUARIO

C E R T I F I C A

Que el señor CRISTIAN CAMILO CRUZ DEVIA identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1105782529, presenta los siguientes datos referentes a la definición de su situación militar:

Primer Nombre:	CRISTIAN
Segundo Nombre:	CAMILO
Primer Apellido:	CRUZ
Segundo Apellido:	DEVIA
Tipo Documento:	Cédula de Ciudadanía
Número Documento:	1105782529
Clase Libreta Militar:	Primera Clase

ESTA CERTIFICACIÓN ES GRATUITA
NO ES VÁLIDA COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN MILITAR
NO REEMPLAZA SU LIBRETA MILITAR

Se firma y se expide en Bogotá D.C. a los 2 días del mes de Mayo de 2026, a las 8:57:26 AM.

Cordialmente,

CR. JUAN MAURICIO DIAZ SÁNCHEZ

Director de Reclutamiento - Ejército Nacional

24

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.105.782.529



Firma

Apellidos
CRUZ DEVIA

Nombres
CRISTIAN CAMILO

Nacionalidad
COL

Estatura
1.70

Sexo
M

Fecha de nacimiento
02 ENE 1988

G.S.
B-

Lugar de nacimiento
HONDA (TOLIMA)

Fecha y lugar de expedición
03 ENE 2006, HONDA

Fecha de vencimiento
04 FEB 2035

073208679

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL073208679829064<<<<<<<<<<
8801029M3502044COL1105782529<1
CRUZ<DEVIA<<CRISTIAN<CAMILO<<<

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

2-5

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 06 de octubre de 2026, a las 14:33:45, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1105782529
Código de Verificación	1105782529261006143345

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

2-26

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 304350081

PIB
14:50:23
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 06 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) CRISTIAN CAMILO CRUZ DEVIA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1105782529:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

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

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 02:36:20 PM horas del 06/10/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1105782529**

Apellidos y Nombres: **CRUZ DEVIA CRISTIAN CAMILO**

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.

242

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, 06/10/2026 02:38:38 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1105782529** y Nombre: **CRISTIAN CAMILO CRUZ DEVIA.**

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. **149082773** . 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

2 de 2

Señores
HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE TOLIMA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
Ciudad

Referencia: Consentimiento revisión de antecedentes

Yo Cristian Camilo Cruz Devia identificado (a) con C.C. 1105782529 expedida en Honda, por medio del presente documento autorizo al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE TOLIMA, EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, para que conforme a lo establecido en la ley 1918 del 2018 y el decreto reglamentario 753 de 2019, revise mis antecedentes en el registro de inhabilidades por la comisión de delitos sexuales contra menores de edad.

Atentamente,



C.C. 1105782529

FECHA DE EXPEDICION C.C: 03/01/2006

280

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 14:37:53 horas del 06/10/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1105782529,** Apellidos y Nombres **CRUZ DEVIA CRISTIAN CAMILO**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **OBSALUD** , con NIT **901123275-5** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Cristian Camilo

Apellidos: Cruz Devia

Documento de identidad: CC CE PA CD SC PE PPT DE

Número de documento: 1 1 0 5 7 8 2 5 2 9

Fecha de nacimiento: Día 0 2 Mes 0 1 Año 1 9 8 8

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	única	21-07-[illegible]	T03626	Andrea Sánchez Valbuena VPh Aux. Enfermería 1111206037
Fiebre Amarilla	única	17-5-25	24F0617	
Toxoide Tetánico - Diftérico Td	1	21-02-21	1208003798	
	2	18-04-21	2208009204	
	3	23/07/21	1208009826	Angie M
	*	19/04/22	233X076A	Angie M
	5			
DaP actual	1			
	2			
Hepatitis B	1	20012[illegible]	720301643	Mabel B.
	2	20022[illegible]	220301623	Mabel B.
	*	23 07 25	220500125A	Yeison V.

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
	1			
	2			
	Anual	25-10-25	VS0525004	Mabel B.
	Anual			
VARICELA VARICELA Covid 19	1°	17/07/21	C550U611	Zaida G.
	2°	11/01/22	C550U611	Zaida G.
	1er Ref.			
	2do Ref.			
Hepatitis A	1	06-05-22	U004701	L. Mabel B.
	2	06-11-22	U025718	L. Mabel B.
Triple Viral	1.	14 07 21	AGCIC094A	
	2.	14 08 21	AGCIC094A	



La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: Cristian Camilo

Apellidos: Ruiz Deuda

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro cual

No. 1105782529

Fecha de nacimiento: Día 02 Mes 01 Año 1988

Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19 1	4-3-21	Sinovac	A2021 010044	HSJD	marleny bastida	1082555 908
2	01-04 2021	Sinovac	I2021 03005	HSJD	Diana Cubides	1140878 768
	080 2021	moderna	004H D1A	HSJD	Soma Repe Aux. de Enfermería RN. 11312	

782

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

Nombres y apellidos / Full name: **CRISTIAN CAMILO CRUZ DEVIA**

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

Número de identificación / ID Number: **1 1 0 5 7 8 2 5 2 9**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **02/01/1988**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3232255446**

Correo electrónico / e-mail:

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination: Día / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	23	03	2018		V58217016	HONDAISE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	YURI ALEJANDRA PULIDO SUAREZ
TD Adulto	Tercera	23	04	2019		2215020168	UNIDAD DE SALUD DE BARAJE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	MABER VEGA VALDERRAMA
COVID SINOVAC	Primera	04	03	2021		A2021010044	HONDAISE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	MAYERLY MERCEDES LOSADA NAVAR
COVID SINOVAC	Segunda	01	04	2021		L202103005	HONDAISE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	DIANA MILENA CUMDES
COVID MODERNA	Primer Refuerzo	08	01	2022	MODERNA SWITZERLAND GMBH	340875	HONDAISE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	YURY ALEJANDRA PULIDO SUAREZ
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	21	05	2022	Green Cross	V56222003	HONDAISE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	LUZ ANGELA ORDOÑEZ GARZON
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	25	05	2024	Green Cross	V58524002	HONDAISE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	LUZ ANGELA ORDOÑEZ GARZON
Hepatitis B Adultos Particular	Primera	28	01	2025		2205016230	CENTRO DE ATENCION E INVESTIGACION MEDICA HOAGUE	DAYANNY STEPHANY LEON CUESTA - CC1101693925 - ACTIVO
Fiebre Amarilla	Única	17	05	2025	Fabricante	24G0079	MARQUETA HOSPITAL SAN JOSE	SANDRA MILENA GAITAN DE LOS RIOS - CC1111194547 - ACTIVO
DPTa Acelular Adulto Particular	Única	25	03	2026		3CA49C6ADACEL	vacunacion yvida	DIANA MARCELA ARIAS MOSOS
TD Adulto Particular	Quinta	25	03	2026		3CA49C6ADACEL	vacunacion yvida	DIANA MARCELA ARIAS MOSOS
Meningococo Tetravalente ACWY Particular	Primera	25	03	2026		NA66E2NIMENRIX	vacunacion yvida	DIANA MARCELA ARIAS MOSOS

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.

283

idime

258-910871

Página N° : 1 of 1
Fecha ingreso : 12/02/2025 07:34:10 AM
Fecha de muestra: 12/02/2025 07:34:10 a.m.
Fecha impresion : 14/11/2025 12:27:54 AM

No. de Orden:910871
Paciente :CRUZ DEVIA CRISTIAN CAMILO
Documento Id:1105782525
Empresa :LISTOS S.A.S
Sede :IBAGUE LABORATORIO
E-Mail :cristiancamilocruzdevia@gmail.com

No. Interno 910871
Edad : 37 a 1 m 10 d
Fecha Nacimiento: 02/01/1988
Sexo :MASCULINO
Telefono 3232255446
No. Autoriza 1105782525

COLTRIG**HDL**LDL**VLDL**GLU**HBSAC**** **Web**

Examen	Resultado	Unidades	Intervalo Biológico de referencia

HORMONAS

HEPATITIS B AC HBS - ANTI HBS

Examen	Resultado	Unidades	Intervalo Biológico de referencia
HEPATITIS B AC HBS - ANTI HBS	1000 UI/L	0	- 0

HEPATITIS B AC HBS - ANTI HBS

VALORES DE REFERENCIA:

No reactivo: Menor a 10 IU/L
Reactivo: Mayor o igual a 10 IU/L

CONTROL VACUNACION

Menor o igual a 10 Revacunación
10 - 100: Niveles de protección
Mayor de 100: Niveles de Inmunidad

Tecnica: Electroquimioluminiscencia

Validó: Reg 1045631015 GREY OCHOA DURAN 12/02/2025 07:32 AM

FIRMA

Director Laboratorio - Bacteriólogo

12/02/2025 01:51 PM

LUIS FERNANDO VASQUEZ VALENCIA REG 15959351

Nota: la empresa no se responsabiliza por enmendaduras realizadas a este reporte

284

RECOLECCIÓN DE DATOS EXPOSICIÓN A VARICELA					
Codigo: GA-FR-111	Fecha de elaboración: 03/05/2017	Fecha de actualización:	Versión: 1	Página 1 de 1	

Fecha: _____

IDENTIFICACIÓN

Nombre Completo: Cristian Camilo Cruz Devia

Documento de Identidad: 1105782529 de: Honda

Fecha Nacimiento: 02/01/1988 Edad: 38 Años Sexo: Masculino

Celular: 3232255446

No.	DETALLE	SI	NO
1.	HA TENIDO VARICELA O HA SIDO VACUNADO CONTRA LA VARICELA? Si su respuesta es SI, la encuesta finaliza.	X	
2.	ESTA USTED EN ESTADO DE EMBARZO?		
3.	HA RECIBIDO EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS ALGÚN TIPO DE TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR, O HA TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD QUE TENGA AFECTACIÓN DE SUS DEFENSAS?		
4.	SI RESPONDIÓ SI A LAS PREGUNTAS 2 Y 3, ESTUVO EN CONTACTO CERCANO CON EL PACIENTE FUENTE?. (Entiéndase contacto cercano, en la misma oficina y a menos de 5 metros de mancra continua).		
5.	SI USTED NO ESTÁ EN EMBARAZO Y NO TIENE ENFERMEDAD O TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR, FAVOR INDICAR EL NIVEL DE CONTACTO QUE TUVO CON EL PACIENTE FUENTE.		
	A. TRABAJADOR DE LA MISMA OFICINA		
	B. TRABAJADOR DE OTRA OFICINA CON CONTACTO OCASIONAL.		
	C. NO TUVO CONTACTO		

FIRMA PERSONA QUE DILIGENCIÓ

Hospital Federico Lleras Acosta EL HOSPITAL DE TODOS	GESTION TECNOLOGIA DE LA INFORMACION	CÓDIGO: GA-FR-138
		Versión:2
	FORMATO ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD YNO DIVULGACION DE INFORMACION	Vigente desde: 03/07/2024
		Página: 1 de 2

DIVULGANTE: Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué E-S-E

RECEPTOR:

PROVEEDOR[ ] CONTRATISTA DE SERVICIOS [X] T.H DE LA EMPRESA
[]ESTUDIANTE[ ] RESIDENTE [ ] VISITANTE[ ] OTRO[ ]
CUAL: T.H DE LA EMPRESA

Para lo cual se tienen las siguientes cláusulas:

PRIMERA.- Objeto. Reglamentar el uso de la información dispuesta por EL DIVULGANTE para el RECEPTOR, ya sea de forma oral, gráfica o escrita para el desarrollo de los procesos de Direccionamiento, Misionales y de Apoyo logístico del Hospital Federico Lleras Acosta ESE.

SEGUNDA. -USO El uso de la información, que, en razón a sus funciones, conozca EL RECEPT OR por parte del DIVULGANTE, debe realizarse con responsabilidad, obligándose a mantener l a más estricta confidencialidad respecto de dicha información.

2.EL RECEPTOR no podrá reproducir, modificar, hacer pública o divulgar a terceros la informac ión obtenida en razón a sus funciones, y objeto del presente Acuerdo, sin previa autorización escrita y expresa del DIVULGANTE.

3. De igual forma, EL RECEPTOR adoptará respecto de la información objeto de este Acuerdo y conocida en razón de sus funciones, las mismas medidas de seguridad que adoptaría norm almente respecto a la información confidencial de su propiedad, evitando en la medida de lo posible su pérdida, robo o sustracción.

TERCERA.- Sin perjuicio de lo estipulado en el presente Acuerdo, ambas partes aceptan que l a obligación de confidencialidad no se aplicará en los siguientes casos:

a) Cuando la información se encontrara en el dominio público en el momento de su sum inistro al RECEPTOR o, una vez suministrada la información, ésta acceda al dominio p úblico sin infracción de ninguna de las estipulaciones del presente Acuerdo.
b) Cuando la legislación vigente o un mandato judicial exija su divulgación. En ese caso, EL RECEPTOR notificará al DIVULGANTE tal eventualidad y hará todo lo posible por ga rantizar que se dé un tratamiento confidencial a la información.

El Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E declara que la versión vigente y controlada de este documento solo podrá ser consultada en la INTRANET Institucional; toda copia o impresión de este se considera como documento

NO CONTROLADO

CUARTA.- Los derechos de propiedad intelectual de la información objeto de este Acuerdo pe rtenecen al DIVULGANTE y el hecho de revelarla al RECEPTOR para el fin mencionado en la Estipulación Primera no cambiará tal situación.

En caso de que la información resulte revelada o divulgada o utilizada por EL RECEPTOR de cualquier forma distinta al objeto de este Acuerdo, ya sea de forma dolosa o por mera negli gencia, habrá de indemnizar al DIVULGANTE los daños y perjuicios ocasionados, sin perjuicio de las acciones civiles o penales que puedan corresponder a este último.

QUINTA. - Las partes se obligan a devolver cualquier documentación, antecedentes facilitados en cualquier tipo de soporte y, en su caso, las copias obtenidas de los mismos, que constitu yan información amparada por el deber de confidencialidad objeto del presente Acuerdo en el supuesto de que cese la relación entre las partes por cualquier motivo.

Y en señal de expresa conformidad y aceptación de los términos recogidos en el pres ente Acuerdo, lo firman las partes:

Fecha. _____ Ciudad: IBAGUE-TOLIMA

DIVULGANTE

HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ E-S-E

RECEPTOR

NOMBRE: Cristian Camilo Cruz Devia

No. C.C: 1105782529

FIRMA:



El Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E declara que la versión vigente y controlada de este documento sólo podrá ser consultada en la INTRANET institucional; toda copia o impresión de este se considera como documento NO CONTROLADO

Federico Lleras Acosta	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	CÓDIGO: GA-FR-136
		Versión: 3
	FORMATO AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	Vigente desde: 27/07/2023
		Página: 1 de 2

En cumplimiento de lo dispuesto en la ley 1581 de 2012 reglamentada por el Decreto 1377 de 2013, sobre la protección de datos personales el responsable del tratamiento de sus datos personales es el Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E. Ibagué-Tolima, identificado con Nit: 890,706,833-9, ubicado en la Calle 33 No. 4A - 50 de la ciudad de Ibagué, y, en tal virtud, podrá directamente o a través de terceros designados o encargados por el mismo, recolectar, almacenar, usar, poner en circulación o suprimir la información personal suministrada, en los diferentes procesos tanto misionales como administrativos y de apoyo logístico del Hospital para las finalidades establecidas en la presente autorización.

Por favor marcar según corresponda:

___ **Aspirante** ___ **Estudiante** ___ **Pacientes y Acompañantes** | **X Proveedores y Contratistas**

___ **Veedor** ___ **Empleado o Exempleado** | **Otro. ¿Cual?** _____

GENERALES	La ejecución del contrato suscrito con cualquier persona que se encuentre en relación con EL HOSPITAL. Pago de obligaciones contractuales. Envío de información a entidades gubernamentales o judiciales por solicitud expresa de la misma. Soporte en procesos de auditoría externa/interna. Envío/recepción de mensajes con fines comerciales, publicitarios y/o de atención al cliente. Registro de la información de los candidatos, usuarios, pacientes, empleados, proveedores y/o terceros en la base de datos de EL HOSPITAL. Contacto con candidatos, usuarios, pacientes, empleados, proveedores y/o terceros para el envío de información relacionado con la relación contractual, comercial y obligacional a que haya lugar. Recolección de datos para el cumplimiento de los deberes que como Responsable de la información y datos personales que le corresponda a EL HOSPITAL. Con propósitos de seguridad o prevención de fraude. Actualización de datos entregados por el Titular. Atención efectiva al usuario y cualquier otra finalidad que resulte en el desarrollo del contrato o la relación entre el titular de los datos y EL HOSPITAL.

Además de las finalidades generales, existen finalidades particulares, atendiendo a la relación que tienen los titulares de los datos personales con el Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E., como a continuación se describen

ASPIRANTES	Cumplir con el proceso de afiliación al Sistema General de Seguridad Social Integral. Apertura de acceso a plataformas tecnológicas propias de la organización. Realización de procesos de elección y promoción interna.
ESTUDIANTES	Para fines investigativos, científicos, formativos y educativos. Para el diligenciamiento de encuestas, formularios y evaluación de convenios Docencia-Servicio. Realización de publicaciones internas y externas. Informar y confirmar procesos de elección y promoción interna.
PACIENTES Y ACOMPAÑANTES	Validar la información en cumplimiento de las exigencias legales. Para el tratamiento de los datos personales protegidos por nuestro ordenamiento jurídico. Para el tratamiento y protección de los datos de contacto (direcciones de correo físico, electrónico, redes sociales y teléfono). Para solicitar y recibir de las instituciones y entidades de derecho público y/o empresas de carácter privado la información personal, financiera, académica, laboral y de seguridad social, que reposa en sus bases de datos. Preservar y conservar los datos clínicos y médicos por el tiempo que ordene la ley o por mandato de autoridad competente. Almacenar los datos contenidos en la historia clínica del paciente para el cumplimiento de los servicios médicos y hospitalarios. Obtener datos fundamentales para la investigación médica, clínica y epidemiológica; al igual que la identificación de avances clínicos, científicos y tecnológicos. Ofrecer información sobre campañas educativas y programas especiales relacionados con la promoción y prevención en salud. Mantener una comunicación con los titulares de los datos personales, relativa al desarrollo de las actividades propias del Hospital. Cumplir con las obligaciones legales y contractuales en las que se requiera recaudar información personal mediante la elaboración de Bases de Datos para efectos de control, supervisión y auditorías, y proyectos llevados a cabo por la entidad. Obtener datos fundamentales para la investigación clínica y epidemiológica. Lograr una eficiente comunicación relacionada con nuestros servicios y alianzas, por diferentes medios. Ofrecer información sobre campañas, programas especiales. Informar e invitar a campañas de mercadeo, promoción de servicios y educación al usuario. Realizar encuesta de satisfacción de servicios y atenciones prestadas. Elaboración de Informes a las autoridades legales competentes de problemáticas sociales identificadas en el proceso de Atención, Abuso sexual, violencia intrafamiliar, Abandono Social y maltrato infantil. Diligenciamiento de estudio socioeconómicos de acuerdo a situaciones sociales presentadas. Contestación, gestión y seguimiento a solicitudes de mejoramiento, peticiones y sugerencias. Evaluar la calidad de los servicios ofrecidos por la institución.
PROVEEDORES Y CONTRATISTAS	Mantener una comunicación con los titulares de los datos personales, relativa al desarrollo de las actividades propias de la entidad de acuerdo a los perfiles de cada tipo de base de datos que posea la entidad. Realizar labores y gestiones de mercadeo para efectos de mejorar los servicios prestados por la entidad y mejorar el relacionamiento con proveedores y contratistas. Mantener un consolidado de los usuarios del dominio web y la realización de estadísticas, encuestas y demás actividades tendientes a la conservación de indicadores o información relevante para el cumplimiento del objeto social. Cumplir con las obligaciones legales y contractuales en las que se requiera recaudar información personal mediante la elaboración de Bases de Datos para efectos de control, supervisión y auditorías, y proyectos llevados a cabo por la entidad. Evaluar la calidad de los servicios ofrecidos por HOSPITAL. Desarrollar el objeto social de HOSPITAL conforme a sus estatutos. Cumplir lo dispuesto por el ordenamiento jurídico colombiano en materia laboral, fiscal, tributaria y mercantil. Suministrar información comercial y financiera a terceros para efectos de realizar reportes a centrales de riesgos por incumplimiento obligaciones.

FINALIDAD	
EMPLEADOS Y EX EMPLEADOS	Cumplir lo dispuesto por el ordenamiento jurídico colombiano en materia laboral y de seguridad social, entre otras, aplicables a empleados, ex empleados, empleados en misión, empleados temporales, empleados actuales y candidatos a futuro empleo. Almacenar la información concerniente a la hoja de vida de cada uno de los empleados y ex empleados. Realización de publicaciones internas y externas. Apertura de acceso a plataformas tecnológicas propias de la organización. Brindar información a empresas que soliciten verificar datos laborales de los empleados para autorización de créditos de dinero o créditos comerciales. (Previa verificación de fuente y uso de datos, se debe contrar en la verificación más no en el suministro de la información). Ser contactado directamente en caso de ser requerido, en razón de sus funciones. Detectar las necesidades de capacitación e implementar acciones que permitan el desarrollo de los centros de excelencia y la alta complejidad del Hospital. Emitir certificaciones relativas a su condición de empleado, tales como certificados de ingresos y retenciones, constancias laborales, entre otros. Informar y conformar procesos de elección y promoción interna.
VEEDORES	Para el diligenciamiento de encuestas, formularios y evaluación de indicadores de oportunidad y calidad de los servicios. Para comunicar información sobre servicios de salud, actividades, eventos académicos e institucionales. Para solicitud y trazabilidad de información entregada de carácter asistencial. Para temas relacionados en reuniones y convocatorias de comités de Ética Hospitalaria y Alianza de usuarios. Contestación, gestión y seguimiento a solicitudes de mejoramiento, peticiones, quejas, sugerencias y reclamos.

DECLARACIÓN:

Yo: Cristian Camilo Cruz Devia mayor de edad, identificado(a) como aparece al pie de mi firma, AUTORIZO de manera previa, expresa, informada e inequívoca al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE E.S.E, para que directamente o a través de terceros designados o encargados por el mismo, recolecte, almacene, use, ponga en circulación o suprima la información personal suministrada, para los diferentes procesos tanto misionales como administrativos y de apoyo logístico del Hospital.

En cuanto a la recolección de datos biométricos (huella dactilar):

(a) Reconozco que el ingreso de información personal, lo realizo de manera libre y voluntaria dando cumplimiento a la solicitud de requerimientos específicos del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué-Tolima E.S.E.

(b) El Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué-Tolima E.S.E se compromete a no ceder ni compartir los datos recibidos en el Aplicativo Dinámica Gerencial Hospitalaria sin mi consentimiento y aprobación expresa.

(c) El tratamiento de este dato sensible será utilizado exclusivamente para cotejar mi identidad con la Base de Datos del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué-Tolima E.S.E, con la finalidad de desarrollar las funciones propias de la entidad.

Así mismo, el Hospital y sus encargados garantizarán el ejercicio de los derechos del titular a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada, ser informado respecto del uso que se le ha dado a su información personal, acceder en forma gratuita a los datos que hayan sido objeto de Tratamiento, presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la normatividad vigente y revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales.

La Política de Tratamiento de Datos Personales, se encuentra disponible en la Página Web del Hospital: www.hfleras.gov.co.

De conformidad con lo anterior, firmo como constancia en la ciudad de Ibagué a los (12) Doce días del mes de Abril del Año 2026.

Firma:

Nombre: Cristian Camilo Cruz Devia

C.C No: 1105782529 **de:** Honda

En caso que el titular de la información sea un paciente menor de edad, debe autorizar un adulto responsable:

Fecha de Autorización: _____

Nombre del menor de edad: _____

Documento de Identidad: _____ Tipo: NUIT____ TI____ Otro_____

Dirección de Correspondencia: _____

Ciudad: _____ Teléfono Fijos: _____

Celular: _____ E-mail: _____

Nombre del acudiente responsable del paciente menor : _____

Firma del acudiente responsable del paciente menor : _____ Parentesco_____

287

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 1105782529 **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 08/10/2026 08:36 PM

Código Verificación: **ME6U7GDP58**

Válida hasta: **09/01/2027**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

288

LISTADE CHEQUEO PERSONA JURIDICA-ASISTENCIAL						
N°	DOCUMENTOS	FOLIO	CUMPLE			RESPONSABLE
			SI	NO	NO APLICA	
	ETAPA PREPARATORIA					
1	FORMATO INFORMACIÓN GENERAL CONTRATISTA-PERSONA JURIDICA					
2	GA-FR-045-ESTUDIOS PREVIOS VERSION 8 CON VoBo					SUPERVISOR
3	SOLICITUD CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL					SUPERVISOR
	ETAPA PRECONTRACTUAL					
4	PANTALLAZO DE QUE SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL SECOP II					
5	PROPUESTA					
6	CARTA DE ACEPTACIÓN (firma Gerente)					SUPERVISOR
7	HOJA DE VIDA ACTUALIZADA EN EL SIGEP II DEL REPRESENTANTE LEGAL					
8	HOJA DE VIDA DE LA FUNCION PUBLICA DE PERSONA JURIDCA					
9	FOTOCOPIA DE CEDULA DEL REPRESENTANTE LEGAL AL 150%					
10	RUT ACTUALIZADO DEL REPRESENTANTE LEGAL (menor a 3 meses)					
11	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS CONTRALORIA REPRESENTANTE LEGAL (menor a 3 meses)					
12	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PROCURADURÍA REPRESENTANTE LEGAL (menor a 3 meses)					
13	ANTECEDENTES JUDICIALES POLICÍA REPRESENTANTE LEGAL (menor a 3 meses)					
14	RUT DE LA EMPRESA (menor a 3 meses)					
15	CAMARA Y COMERCIO DE LA EMPRESA ACTUALIZADA (menor a 3 meses)					
16	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS CONTRALORÍA DE LA EMPRESA (menor a 3 meses)					
17	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PROCURADURÍA DE LA EMPRESA (menor a 3 meses)					
18	CERTIFICACIÓN DE APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL DE LOS ÚLTIMOS 6 MESES DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL GERENTE O REVISOR FISCAL (según el caso anexar fotocopia de la cedula; tarjeta profesional y certificado de la junta central de contadores del revisor fiscal)					
19	FORMULARIO UNICO DECLARACION JURAMENTADA DE **BIENES Y RENTAS** Y CONFLICTO DE INTERESES - PERSONA JURIDICA-DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LA LEY 2013 DE 2019					
20	GA-FR-105-FORMATO CONOCIMIENTO CLIENTES PERSONA JURIDICA (revisado previamente por el área encargada)					
21	FORMATO INEXISTENCIA DE PERSONAL (firma P.E Talento Humano)					SUPERVISOR
22	CERTIFICADO DE IDONEIDAD (firma supervisor)					SUPERVISOR
23	GA-FR-138-ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN (firma representante legal)					
24	GA-FR-136 AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES (firma representante legal)					
25	GA-FR-168-FORMATO DECLARACIÓN ANUAL DE INTERESES PARTICULARES (firma representante legal)					
26	POLIZA - Responsabilidad medica vigente de la EMPRESA o de cada uno de los especialistas que van a desarrollar el contrato (Si la vigencia de la poliza esta proxima a vencer es necesario que el contratista realice la renovacion de la misma teniendo en cuenta que tambien es un requisito de la etapa Contractual)					
34	CERTIFICADO REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAM) CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LA LEY 2097 DE 2021					
27	HOJA DE VIDA DE LAS PERSONAS QUE DESEMPEÑAN LA FUNCION, ANEXANDO LA SIGUIENTE DOCUMENTACION:					
27.1	CERTIFICADOS DE ESTUDIO (titulos y certificaciones de educación formal y no formal; copia del titulo, diploma o certificado y acta de grado expedida por una institución educativa debidamente reconocida por el estado)	291-292	✓			
27.2	CERTIFICADOS DE EXPERIENCIA LABORAL (con funciones y según se indican las especificaciones técnicas de los estudios previos)	293-294	✓			
27.3	SOPORTE VITAL AVANZADO	295	✓			
27.4	CERTIFICADO FORMACIÓN EN SEDACIÓN (médicos generales)				✓	
27.5	ENTRENAMIENTO UCI (médico UCI)				✓	
27.6	CERTIFICACIÓN EN LA GESTIÓN OPERATIVA DE ÓRGANOS (especialistas UCI)				✓	
27.7	TARJETA PROFESIONAL Y CARNETS DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA (médicos y técnicos en imágenes)	296	✓			

✓289-290

27.8	CERTIFICACIÓN DE CURSO - VÍCTIMAS VIOLENCIA (médicos generales y especialistas)	297	✓			
27.9	CERTIFICACIÓN CURSO DE HUMANIZACIÓN EN SALUD (según resolución 0238 del 12-02-2020-HFLL-política de humanización en conjunto con el programa de humanización)	298	✓			
27.10	ANTECEDENTES PROFESIONALES (vigencia menor a 3 meses)				✓	
27.11	VERIFICACION RETHUS (menor a 1 mes)	299	✓			
27.12	LIBRETA MILITAR Y/O SITUACION MILITAR DEFINIDA				✓	
27.13	FOTOCOPIA DE LA CEDULA AL 150%	300	✓			
27.14	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS CONTRALORÍA (vigencia menor a 3 meses)	301	✓			
27.15	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PROCURADURÍA (vigencia menor a 3 meses)	302	✓			
27.16	ANTECEDENTES JUDICIALES POLICÍA (menor a 3 meses)	303	✓			
27.17	SISTEMA REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS RNM (consultar en https://srvpsi.policia.gov.co/psc/frm_cnp_consulta.aspx)	304	✓			
27.18	CARTA - CONCENTIMIENTO PARA VERIFICAR ANTECEDENTES EN EL REGISTRO DE INHABILIDADES POR LA COMISION DELITOS SEXALES DE CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE VA EJECUTAR EL CONTRATO (conforme a lo establecido en la ley 1918 de 2018 y el decreto reglamentario 753 de 2019, revise mis antecedentes en el registro de inhabilidades por la comisión de delitos sexuales contra menores de edad)	305	✓			
27.19	CERTIFICADO RESULTADO DE LA CONSULTA - DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS (Ley 1918 de 2018; https://inhabilidades.policia.gov.co)	306	✓			
27.2	CERTIFICADO VACUNA HEPATITIS (vencimiento 10 años)	307	✓			
27.21	CERTIFICADO VACUNA TÉTANO (vencimiento 10 años)	307	✓			
27.22	CERTIFICADO VACUNA COVID-19 O CARNET VACUNACION	307	✓			
27.23	ANTICUERPOS HB MAYORES DE 10 U/L (vencimiento 5 años)	308	✓			
27.24	CERTIFICADO VACUNA VARICELA Y/O GA-FR-111 (formato que certifique que la adquirió)	309	✓			
27.25	GA-FR-138-ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN	310	✓			
27.26	GA-FR-136 AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	311	✓			
27.27	CERTIFICADO REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAM) CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LA LEY 2097 DE 2021	312	✓			
27.27	SOLICITUD REGISTRO PRESUPUESTAL	313	✓			SUPERVISOR
	ETAPA CONTRACTUAL					
28	CONTRATO					JURIDICA
29	REGISTRO PRESUPUESTAL					PRESUPUESTO
30	PÓLIZAS (cumplimiento-responsabilidad civil extracontractual- responsabilidad medica profesional aprobadas)					
31	RECIBO PAGO PÓLIZAS					
32	ESTAMPILLAS (Si aplica)					
33	CERTIFICADO DE LEGALIZACIÓN					
34	ACTA DE INICIO, ACTA MODIFICATORIA (si aplica), INFORMES DE SUPERVISIÓN, ACTAS DE ADICIÓN, PRORROGAS ETC SEGÚN ORDEN CRONOLÓGICO					SUPERVISOR
35	GJ-FR-002-ACTA DE TERMINACIÓN Y LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO					SUPERVISOR
	TOTAL FOLIOS					

REVISION, AVAL Y ENTREGA DE LOS DOCUMENTOS POR PARTE DEL AREA QUE GENERA LA NECESIDAD

1.) EN LA LISTA DE CHEQUEO SE DEBEN INCLUIR LOS FOLIOS PARA CADA DOCUMENTO, EN ORDEN CONSECUTIVO DE CADA UNO DE ELLOS Y EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE.

2.) LOS ESTUDIOS PREVIOS DEBEN SER ENVIADOS EN WORD AL CORREO ELECTRONICO estudiosprevios.juridica1@gmail.com CON EL FIN DE INCLUIR LA INFORMACION PLASMADA DE LOS ESTUDIOS PREVIOS, EN LA MINUTA CONTRACTUAL

3.) INFORMAR Y ANEXAR DOCUMENTOS EN CASO DE QUE HAYA CAMBIOS DEL PERSONAL QUE INICIALMENTE VAYA A EJECUTAR EL CONTRATO - LA CUAL DEBE ALLEGAR A LA OFICINA JURIDICA

ENTREGA

RECIBE

REVISA

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
PEDRAZA	VELEZ	DIANA MARCELA.

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 38212115

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 22 MES 12 AÑO 1985

PAÍS COLOMBIA

DEPTO TOLIMA

MUNICIPIO IBAGUÉ

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: CALLE 44 #13-176 SANTA BARBARA

PAÍS COLOMBIA DEPTO TOLIMA

MUNICIPIO IBAGUÉ

TELÉFONO 3176703563 EMAIL MARCELALUNA-22@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:
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11 (X) MES 11 AÑO 2001

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
TECNICA	2	X		TECNICO EN ENFERMERIA	05	2011	1428

ESPECIFIQUE 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
OBSALUD		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TOLIMA	IBAGUÉ	OBSALUD.SAS@GMAIL.COM

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 22 MES 08 AÑO 2025	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
TERMINO INDEFINIDO	ASISTENCIAL	Calle 35 #4D-36 B/CADIZ

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DCHC		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TOLIMA	IBAGUÉ	director@dchc.com.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
6082394563	DÍA 04 MES 10 AÑO 2022	DÍA 19 MES 08 AÑO 2025

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
TERMINO INDEFINIDO	ASISTENCIAL	CARRERA 8 SUR B/LA SAMARIA

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
UNIDAD RENAL DEL TOLIMA		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TOLIMA	IBAGUÉ	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
4447318	DÍA 04 MES 06 AÑO 2012	DÍA 28 MES 10 AÑO 2021

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
TERMINO INDEFINIDO		CALLE 31 #4D-36 B/CADIZ.

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

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

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		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	14	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

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*_____

Oscar Hoyos Pedraza Velez

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

Powered by CamScanner

291

La República de Colombia
y en su nombre

El Instituto Docente
"Simón Bolívar"

Ibagué - Tolima

Autorizado por la Gobernación del Tolima, según Resolución
Nº. 682 del 19 de Noviembre de 1993

CIENCiudadano(a)

Diana Marcela Pedraza Vélez

T.I. No. 851222-55110 de Ibagué (Tol.)

El Título de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes
al Nivel de Educación Media según los Planes y Programas vigentes

Rector

C.C. Nº. 12.259.298 de Ibagué (Tol.)
Secretaria Habilitada

Dado en Ibagué Tolima el 1º. de diciembre de 2005

Acta General de Graduación Nº. 05 (Cinco Catorce) 01-14 de 2005

Folio No. 34 y 35 y 36

Libro Registro de Diplomas Nº. 3 Folio No. 62

Diploma en Bachiller registrado ante la Secretaría de Educación y Cultura del Departamento del Tolima / Decreto 205 de Mayo 5 de 1994

Powered by CamScanner

292

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

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

DIANA MARCELA PEDRAZA VELEZ

con documento de identificación No. CC.38212115

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

Título

de

TÉCNICO EN ENFERMERÍA

En testimonio de lo anterior, se firma el presente Título en IBAGUÉ

a los 23 días del mes de Mayo de 2011

ALVARO FREDY BERMUDEZ SALAZAR

SUBDIRECTOR(A) CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS

REGIONAL TOLIMA

164602 20/05/2011

Número y Fecha Registro

01 06 2011

Powered by CamScanner

REGIONAL TOLIMA

ACTA DE GRADO

No. y Fecha de Registro : 164602 del 20/05/2011

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CONSIDERANDO QUE:

DIANA MARCELA PEDRAZA VELEZ

con documento de identificación No. CC.38212115

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS POR EL SENA, RESUELVE OTORGARLE EL TÍTULO DE

TÉCNICO EN ENFERMERÍA

En constancia de lo anterior se firma la presente en IBAGUÉ a los 23 días del mes de Mayo de 2011.

ALVARO FREDY BERMUDEZ SALAZAR

SUBDIRECTOR(A) CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS

293

OBSalud
NIT. 901123275-5

CERTIFICACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBSALUD SAS

NIT. 901.123.275-5

Certifica que:

La señora DIANA MARCELA PEDRAZA VELEZ identificada con cedula de ciudadanía N. 38.212.115 expedida en Ibagué, tiene un contrato por prestación de servicios desde el 22 de agosto de 2025 a la fecha con actividades contra actuales descritas a continuación:

- Atención, cuidado y educación del paciente con falla renal aguda o crónica que requiera terapias de reemplazo renal intrahospitalaria en unidad de cuidado intensivo y servicios de hospitalización.
- En hemodiálisis intermitente realiza las funciones de monitorización, toma y control de signos vitales en el paciente, toma de muestras de laboratorio a necesidad,
- En terapias de reemplazo renal continua (CRRT) modalidades SCUF, CVVH, CVVHD, CVVHDF, CAVH, realiza las funciones de monitorización, toma y control de signos vitales en el paciente, toma de muestras de laboratorio a necesidad, inspección, curación de catéter, vigilancia de parámetros en maquina según criterio de nefrología.

Se expide a solicitud del interesado, el día 14 octubre de 2026.

Cordialmente,

Luis Eduardo Rengifo Flórez
Director Medico
OBSALUD SAS
Cel. 300 616 21 97

DISTRIBUIDORES CLÍNICOS HOSPITALARIOS DE COLOMBIA IPS S.A.S.
NIT. 901.113.261-1

CERTIFICACION LABORAL

DISTRIBUIDORES CLINICOS HOSPITALARIOS DE COLOMBIA IPS S.A.S identificada con NIT No 901.113.261-1. permite certificar que la señora, **PEDRAZA VELEZ DIANA MARCELA,** identificada con CC No 38.212.115 de Ibagué, labora como AUXILIAR DE ENFERMERIA de **DCHC IPS S.A.S.**, desde el (04) de Octubre de 2022, mediante contrato a Término Indefinido, con una asignación salarial de ($1.600.000) UN MILLON SEISENTOS MIL PESOS M/CTE.

Se expide la presente a solicitud de la interesada a los (10) días de mes de septiembre de 2024.

Cordialmente,

Sebastian R
JUAN SEBASTIAN RAMOS ROMERO
COORDINADOR TALENTO HUMANO
D.C.H.C. IPS S.A.S.

Powered by CamScanner

ANEXOS

Cali , 08 de Noviembre de 2021

A QUIEN PUEDA INTERESAR

Por medio del presente documento, se hace constar que la siguiente información corresponde a la depositada al archivo de la compañía:

Nombre	:	DIANA MARCELA PEDRAZA VELEZ
Cédula de ciudadanía	:	38.212.115
Cargo	:	TECH. NURSING
Fecha de ingreso	:	04 de Junio de 2012
Fecha de retiro	:	28 de Octubre de 2021
Empresa	:	UNIDAD RENAL DEL TOLIMA
NIT	:	809000836-5

En constancia de lo anterior, se firma el 08 de Noviembre de 2021

Atentamente,

Yira A. Mendez G

YIRA ALEJANDRA MENDEZ GARCIA
GERENTE RECURSOS HUMANOS

*Para confirmar la información de este documento, por favor comunicarse con Jhosselin Achipiz al teléfono 4447316 en la ciudad de Cali

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educaci

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica

Diana Marcela Pedraza Vélez

CC 38212115 de Ibagué - Tolima

Realizó y aprobó el Diplomado en Soporte Vital Avanzado RCCP (ACLS) con un total de 120 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-11-11
Fecha de vencimiento: 2027-11-11

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

295

GOBERNACION DEL TOLIMA

SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL



DIANA MARCELA PEDRAZA VELEZ

38212115

REGISTRO N°

Inscripcion

TECNICO EN ENFERMERIA

El presente carné es válido para dar cumplimiento a lo establecido en los Decretos 1875 de 1994, 1352 de 2000 y 860 de 2008 del Ministerio de la Proteccion Social.

Secretario de Salud del Tolima

Este carné es personal e intransferible.
Si es encontrado favor devolverlo a la Secretaria de Salud del Tolima

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educaci

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica

Diana Marcela Pedraza Vélez

CC 38212115 de Ibagué - Tolima

Realizó y aprobó el Curso en Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia con un total de 40 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-11-11
Fecha de vencimiento: 2027-11-11

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la página
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

24

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educaci

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica

Diana Marcela Pedraza Vélez

CC 38212115 de Ibagué - Tolima

Realizó y aprobó el Curso en Humanización en la Prestación de Servicios de Salud con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-11-11
Fecha de vencimiento: 2027-11-11

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

248

Resultado General - 2026-10-06--10:29:07 AM - 2026-10-06--4:16:16 PM - 2026-10-06--4:47:31 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación	Detalles
CC	38212115	DIANA	MARCELA	PEDRAZA	VELEZ	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 180 y 181 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) DIANA MARCELA PEDRAZA VELEZ identificado(a) con CC 38212115 registra la siguiente información:

2026-10-06--4:47:31 PM

Información Académica

Título Obtenido	Tipo Formación	Profesión u Ocupación	Fecha Inicio Ejercicio Acto Administrativo	Acta Validación Salud	Universidad
AUX	Local	Enfermeria	2011-06-01	1428	GOBERNACION DEL TOLIMA

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

294

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

38.212.115
NUMERO

PEDRAZA VELEZ
APELLIDOS

DIANA MARCELA
NOMBRES

Diana Marcela Pedraza V.
FIRMA





INDICE DERECHO

22-DIC-1985
FECHA DE NACIMIENTO

IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.74 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

30-MAR-2004 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMA BEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-2900100-63126572-F-0038212115-20040729 04097 04211A 02 141744890

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

301

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletin de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 06 de octubre de 2026, a las 16:49:37, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	38212115
Código de Verificación	382121152610061649 37

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

302

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 304359759

PIB
16:53:14
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 06 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) DIANA MARCELA PEDRAZA VELEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 38212115:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

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

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 04:55:06 PM horas del 06/10/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **38212115**

Apellidos y Nombres: **PEDRAZA VELEZ DIANA MARCELA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

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, 06/10/2026 04:57:23 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **38212115** y Nombre: **DIANA MARCELA PEDRAZA VELEZ.**

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. **149101169** . 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

304

Señores
HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ TOLIMA,
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
Ciudad.

Referencia: consentimiento revisión de antecedentes

Yo Diana Marcela Pedraza V identificado (a) con C.C 38212,115 expedida en Ibague, por medio del presente documento autorizo al **HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ TOLIMA, EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, para que conforme a lo establecido en la ley 1918 de 2018 y el decreto reglamentario 753 de 2019, revise mis antecedentes en el registro de inhabilidades por la comisión de delitos sexuales contra menores de edad.

Atentamente;

Diana Marcela Pedraza Velez

C.C 38212,115 Ibagué

FECHA EXPEDICION C.C: 30-Ma-20-2004

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 16:53:29 horas del 06/10/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **38212115,** Apellidos y Nombres **PEDRAZA VELEZ DIANA MARCELA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **obsalud** , con NIT **901123275-5** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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

307

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 1f0b9230-0dde-462d-8f57-2f3fd7b5f8f4

Nombres y apellidos / Full name: **DIANA MARCELA PEDRAZA VELEZ**

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

Número de identificación / ID Number: **3821211 15**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **22/12/1985**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3176703563**

Correo electrónico / e-mail: **NOTIENE@GMAIL.COM**

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio	Número de Lote	IPS Vacunadora	Nombres y apellidos del vacunador
Vaccine	Doses	Día / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratory	Vaccine Batch	Administering Center	Full name Vaccinator
TD Adulto	Primera	25	05	2013		024B1007D	IBAGUE CORPORACION IPS TOLIMA SEDE INTERLAGOS	
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	25	05	2013		K78632	IBAGUE CORPORACION IPS TOLIMA SEDE INTERLAGOS	
TD Adulto	Tercera	03	01	2014		024L1015B	CLINICA METROPOLITANA CIMO.P.S. S.A.S.	
COVID PFIZER	Primera	23	06	2021	PFIZER	FH8021	UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	ALEXANDER LOZANO MORENO
COVID PFIZER	Segunda	15	07	2021	PFIZER	FA8100	VIVA IAIPS SA	ISABEL AMPARO GOMEZ HERNANDEZ
Hepatitis B Adultos Particular	Primera	12	01	2023		UFX20608	PREVENIMUNE	LIGIA RANGEL
Fiebre Amarilla	Única	04	02	2025	Bio-Manguinhos/FIOCRUZ	23F0031	CENTRO DE ATENCION E INVESTIGACION MEDICA IBAGUE	DAYANNY STEPHANY LEON CUESTA - CC1101693825 - ACTIVO
Hepatitis B Adultos Particular	Primera	10	01	2026		24GHBV018 ELOVAC-B	IPS VACUNAR COLOMBIA IBAGUE	LAURA JIMENA MONTEALEGRE BUSTAMANTE - CC1192748550 - ACTIVO
Hepatitis B Adultos Particular	Segunda	10	02	2026		24GHBV018 ELOVAC-B	IPS VACUNAR COLOMBIA IBAGUE	LAURA JIMENA MONTEALEGRE BUSTAMANTE - CC1192748550 - ACTIVO
TD Adulto Particular	Cuarta	04	03	2026		2208003248 DELTA	IPS VACUNAR COLOMBIA IBAGUE	LAURA JIMENA MONTEALEGRE BUSTAMANTE - CC1192748550 - ACTIVO
Hepatitis B Adultos Particular	Tercera	12	05	2026		24GHBV018 ELOVAC-B	IPS VACUNAR COLOMBIA IBAGUE	LAURA JIMENA MONTEALEGRE BUSTAMANTE - CC1192748550 - 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 Immunization - 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.

308

Dra. Patricia Gómez de Garcés - Pontificia Universidad Javeriana
Dra. Felisa Lozano de Fajardo - Colegio Mayor De Cundinamarca
Dra. Amparo López Herrán - Pontificia Universidad Javeriana

Sede Centro: Cra 3 No. 9-55 Colsultorio 307 Teléfono: 2619846
Sede Cádiz: Cra 48 No. 31-14 Teléfono: 2645486
Sede El Vergel: C.C. Plazas Del Bosque Local 112 Teléfono 2755189

Laboratorio Clínico Central Ltda.
Apoyo con Calidad en su Diagnóstico

10421428

Solicitud. : 10421428
Paciente : DIANA MARCELA PEDRAZA VELEZ
Identificación : 38212115
Convenio : PARTICULAR

Fecha Recepción: 2022-01-07 12:17:12
Fecha Impresión : 2022-01-07 15:47:32.
Municipio : IBAGUE - TOLIMA
Edad/Sexo : 36 A / F

ANALISIS	RESULTADO		VALORES DE REFERENCIA
HEPATITIS B ANTICUERPOS S ANTI HBS			
ANTICUERPOS CONTRA HBS Ag	4.91	mUI/ml	
METODO : ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA			
PROTECCION			MAYORES DE 10

Validado Por:

Paola Díaz

MILENA PAOLA DIAZ DURAN

RP 731653

La interpretación del resultado de sus examenes corresponde exclusivamente al médico

Para verificar este documento, escanee el código QR o ingrese a la siguiente URL, desde donde deberá ingresar el documento de identidad y este código: 10421428

URL: https://cutt.ly/CElwISb

RECOLECCIÓN DE DATOS EXPOSICIÓN A VARICELA					
Código: GA-FR-111	Fecha de elaboración: 03/05/2017	Fecha de actualización:	Versión 1	Página 1 de 1	

Fecha: _____

IDENTIFICACIÓN

Nombre Completo: Diana Marcela Pedraza Velez

Documento de Identidad: 38'212,115 de: Ibagué

Fecha Nacimiento: 22 de diciembre 1981 Edad: 40 Sexo: Femenino

Celular: 3176703563

No.	DETALLE	SI	NO
1.	HA TENIDO VARICELA O HA SIDO VACUNADO CONTRA LA VARICELA? Si su respuesta es SI, la encuesta finaliza.	X	
2.	ESTA USTED EN ESTADO DE EMBARZO?		
3.	HA RECIBIDO EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS ALGÚN TIPO DE TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR, O HA TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD QUE TENGA AFECTACIÓN DE SUS DEFENSAS?		
4.	SI RESPONDIÓ SI A LAS PREGUNTAS 2 Y 3, ESTUVO EN CONTACTO CERCANO CON EL PACIENTE FUENTE?. (Entiéndase contacto cercano, en la misma oficina y a menos de 5 metros de manera continua).		
5.	SI USTED NO ESTÁ EN EMBARAZO Y NO TIENE ENFERMEDAD O TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR, FAVOR INDICAR EL NIVEL DE CONTACTO QUE TUVO CON EL PACIENTE FUENTE.		
	A. TRABAJADOR DE LA MISMA OFICINA		
	B. TRABAJADOR DE OTRA OFICINA CON CONTACTO OCASIONAL.		
	C. NO TUVO CONTACTO		

Diana Marcela Pedraza Velez

FIRMA PERSONA QUE DILIGENCIÓ

Federico Lleras Acosta	GESTION TECNOLOGIA DE LA INFORMACION|	CÓDIGO: GA-FR-138
		Versión: 2
	FORMATO ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACION DE INFORMACION	Vigente desde: 03/07/2024
		Página: 1 de 2

DIVULGANTE: Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué E-S-E

RECEPTOR:

PROVEEDOR [ ] CONTRATISTA DE SERVICIOS [x] T.H DE LA EMPRESA [ ]
ESTUDIANTE [ ] RESIDENTE [ ] VISITANTE [ ] OTRO [ ]
CUAL_____

Para lo cual se tienen las siguientes cláusulas:

PRIMERA.- Objeto. Reglamentar el uso de la información dispuesta por EL DIVULGANTE para el RECEPTOR, ya sea de forma oral, gráfica o escrita para el desarrollo de los procesos de Direccionamiento, Misionales y de Apoyo logístico del Hospital Federico Lleras Acosta ESE.

SEGUNDA.- USO El uso de la información, que en razón a sus funciones, conozca EL RECEPTOR por parte del DIVULGANTE, debe realizarse con responsabilidad, obligándose a mantener la más estricta confidencialidad respecto de dicha información.

2. EL RECEPTOR no podrá reproducir, modificar, hacer pública o divulgar a terceros la información obtenida en razón a sus funciones, y objeto del presente Acuerdo, sin previa autorización escrita y expresa del DIVULGANTE.

3. De igual forma, EL RECEPTOR adoptará respecto de la información objeto de este Acuerdo y conocida en razón de sus funciones, las mismas medidas de seguridad que adoptaría normalmente respecto a la información confidencial de su propiedad, evitando en la medida de lo posible su pérdida, robo o sustracción.

TERCERA.- Sin perjuicio de lo estipulado en el presente Acuerdo, ambas partes aceptan que la obligación de confidencialidad no se aplicará en los siguientes casos:

a) Cuando la información se encontrara en el dominio público en el momento de su suministro al RECEPTOR o, una vez suministrada la información, ésta acceda al dominio público sin infracción de ninguna de las estipulaciones del presente Acuerdo.

b) Cuando la legislación vigente o un mandato judicial exija su divulgación. En ese caso, EL RECEPTOR notificará al DIVULGANTE tal eventualidad y hará todo lo posible por garantizar que se dé un tratamiento confidencial a la información.

CUARTA.- Los derechos de propiedad intelectual de la información objeto de este Acuerdo pertenecen al DIVULGANTE y el hecho de revelarla al RECEPTOR para el fin mencionado en la Estipulación Primera no cambiará tal situación.

En caso de que la información resulte revelada o divulgada o utilizada por EL RECEPTOR de cualquier forma distinta al objeto de este Acuerdo, ya sea de forma dolosa o por mera negligencia, habrá de indemnizar al DIVULGANTE los daños y perjuicios ocasionados, sin perjuicio de las acciones civiles o penales que puedan corresponder a este último.

QUINTA.- Las partes se obligan a devolver cualquier documentación, antecedentes facilitados en cualquier tipo de soporte y, en su caso, las copias obtenidas de los mismos, que constituyan información amparada por el deber de confidencialidad objeto del presente Acuerdo en el supuesto de que cese la relación entre las partes por cualquier motivo.

Y en señal de expresa conformidad y aceptación de los términos recogidos en el presente Acuerdo, lo firman las partes:

Fecha: 03/septiembre/2026 Ciudad: Ibagué – Tolima

DIVULGANTE

HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ E-S-E

RECEPTOR

NOMBRE: Diana Marcela Pedraza Velez

No. C.C : 38121215 Ibagué

FIRMA: Diana Marcela Pedraza Velez

Federico Lleras Acosta	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	CÓDIGO: GA-FR-136
		Versión: 3
	FORMATO AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	Vigente desde: 27/07/2023
		Página: 1 de 2

En cumplimiento de lo dispuesto en la ley 1581 de 2012 reglamentada por el Decreto 1377 de 2013, sobre la protección de datos personales el responsable del tratamiento de sus datos personales es el Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E. Ibagué-Tolima, identificado con Nit: 890,706,833-9, ubicado en la Calle 33 No. 4A - 50 de la ciudad de Ibagué, y, en tal virtud, podrá directamente o a través de terceros designados o encargados por el mismo, recolectar, almacenar, usar, poner en circulación o suprimir la información personal suministrada, en los diferentes procesos tanto misionales como administrativos y de apoyo logístico del Hospital para las finalidades establecidas en la presente autorización.

Por favor marcar según corresponda:

___ Aspirante	___ Estudiante	___ Pacientes y Acompañantes	X Proveedores y Contratistas
___ Veedor	___ Empleado o Exempleado		Otro, ¿Cual? _____

FINALIDAD

GENERALES	La ejecución del contrato suscrito con cualquier persona que se encuentre en relación con EL HOSPITAL. Pago de obligaciones contractuales. Envío de información a entidades gubernamentales o judiciales por solicitud expresa de la misma. Soporte en procesos de auditoría externa/interna. Envío/recepción de mensajes con fines comerciales, publicitarios y/o de atención al cliente. Registro de la información de los candidatos, usuarios, pacientes, empleados, proveedores y/o terceros en la base de datos de EL HOSPITAL. Contacto con candidatos, usuarios, pacientes, empleados, proveedores y/o terceros para el envío de información relacionada con la relación contractual, comercial y obligacional a que haya lugar. Recolección de datos para el cumplimiento de los deberes que como Responsable de la información y datos personales que le corresponda a EL HOSPITAL. Con propósitos de seguridad o prevención de fraude. Actualización de datos entregados por el Titular. Atención efectiva al usuario y cualquier otra finalidad que resulte en el desarrollo del contrato o la relación entre el titular de los datos y EL HOSPITAL.

Además de las finalidades generales, existen finalidades particulares, atendiendo a la relación que tienen los titulares de los datos personales con el Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E., como a continuación se describen

ASPIRANTES	Cumplir con el proceso de afiliación al Sistema General de Seguridad Social Integral. Apertura de acceso a plataformas tecnológicas propias de la organización. Realización de procesos de elección y promoción interna.
ESTUDIANTES	Para fines investigativos, científicos, formativos y educativos. Para el diligenciamiento de encuestas, formularios y evaluación de convenios Docencia-Servicio. Realización de publicaciones internas y externas. Informar y conformar procesos de elección y promoción interna.
PACIENTES Y ACOMPAÑANTES	Validar la información en cumplimiento de las exigencias legales. Para el tratamiento de los datos personales protegidos por nuestro ordenamiento jurídico. Para el tratamiento y protección de los datos de contacto (direcciones de correo físico, electrónico, redes sociales y teléfonos). Para solicitar y recibir de las instituciones y entidades de derecho público y/o empresas de carácter privado la información personal, financiera, académica, laboral y de seguridad social, que reposa en sus bases de datos. Preservar y conservar los datos clínicos y médicos por el tiempo que ordene la ley o por mandato de autoridad competente. Almacenar los datos contenidos en la historia clínica del paciente para el cumplimiento de los servicios médicos y hospitalarios. Obtener datos fundamentales para la investigación médica, clínica y epidemiológica; al igual que la identificación de avances clínicos, científicos y tecnológicos. Ofrecer información sobre campañas educativas y programas especiales relacionados con la promoción y prevención en salud. Mantener una comunicación con los titulares de los datos personales, relativa al desarrollo de las actividades propias del Hospital. Cumplir con las obligaciones legales y contractuales en las que se requiera recaudar información personal mediante la elaboración de Bases de Datos para efectos de control, supervisión y auditorías, y proyectos llevados a cabo por la entidad. Obtener datos fundamentales para la investigación clínica y epidemiológica. Lograr una eficiente comunicación relacionada con nuestros servicios y alianzas, por diferentes medios. Ofrecer información sobre campañas, programas especiales. Informar o enviar a campañas de mercadeo, promoción de servicios y educación al usuario. Realizar encuesta de satisfacción de servicios y atenciones prestadas. Elaboración de Informes a las autoridades legales competentes de problemáticas sociales identificadas en el proceso de Atención, Abuso sexual, violencia intrafamiliar, Abandono Social y maltrato infantil. Diligenciamiento de estudio socioeconómicos de acuerdo a situaciones sociales presentadas. Contestación, gestión y seguimiento a solicitudes de mejoramiento, peticiones y sugerencias.
PROVEEDORES Y CONTRATISTAS	Mantener una comunicación con los titulares de los datos personales, relativa al desarrollo de las actividades propias de la entidad de acuerdo a los perfiles de cada tipo de base de datos que posea la entidad. Realizar labores y gestiones de mercadeo para efectos de mejorar los servicios prestados por la entidad y mejorar el relacionamiento con proveedores y contratistas. Mantener un consolidado de los usuarios del dominio web y la realización de estadísticas, encuestas y demás actividades tendientes a la consecución de indicadores o información relevante para el cumplimiento del objeto social. Cumplir con las obligaciones legales y contractuales en las que se requiera recaudar información personal mediante la elaboración de Bases de Datos para efectos de control, supervisión y auditorías, y proyectos llevados a cabo por la entidad. Evaluar la calidad de los servicios ofrecidos por HOSPITAL. Desarrollar el objeto social de HOSPITAL conforme a sus estatutos. Cumplir lo dispuesto por el ordenamiento jurídico colombiano en materia laboral, fiscal, tributaria y mercantil. Suministrar información comercial y financiera a terceros para efectos de realizar reportes a centrales de riesgos por incumplimiento obligaciones.

Federico Lleras Acosta	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	CÓDIGO: GA-FR-136
		Versión: 3
	AUTORIZACION PARA RECOLECCION Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	Vigente desde: 27/07/2023
		Página: 2 de 2

FINALIDAD	
EMPLEADOS Y EX EMPLEADOS	Cumplir lo dispuesto por el ordenamiento jurídico colombiano en materia laboral y de seguridad social, entre otras, aplicables a empleados, ex empleados, empleados en misión, empleados temporales, empleados actuales y candidatos a futuro empleo. Almacenar la información concerniente a la hoja de vida de cada uno de los empleados y ex empleados. Realización de publicaciones internas y externas. Apertura de acceso a plataformas tecnológicas propias de la organización. Brindar información a empresas que soliciten verificar datos laborales de los empleados para aprobación de créditos de dinero o créditos comerciales. (Previa verificación de fuente y uso de datos, se debe centrar en la verificación más no en el suministro de la información). Ser contactado directamente en caso de ser requerido, en razón de sus funciones. Detectar las necesidades de capacitación e implementar acciones que permitan el desarrollo de los centros de excelencia y la alta complejidad del hospital . Emitir certificaciones relativas a su condición de empleado, tales como certificados de ingresos y retenciones, constancias laborales, entre otros. Informar y conformar procesos de elección y promoción interna.
VEEDORES	Para el diligenciamiento de encuestas, formularios y evaluación de indicadores de oportunidad y calidad de los servicios. Para comunicar información sobre servicios de salud, actividades, eventos académicos e institucionales. Para solicitud y trazabilidad de información entregada de carácter asistencial. Para temas relacionados en reuniones y convocatorias de comité de Ética Hospitalaria y Alianza de usuarios. Contestación, gestión y seguimiento a solicitudes de mejoramiento, peticiones, quejas, sugerencias y reclamos.

DECLARACIÓN:

Yo: DIANA MARCELA PEDRAZA VELEZ mayor de edad, identificado(a) como aparece al pie de mi firma, AUTORIZO de manera previa, expresa, informada e inequívoca al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE E.S.E., para que directamente o a través de terceros designados o encargados por el mismo, recolecte, almacene, use, ponga en circulación o suprima la información personal suministrada, para los diferentes procesos tanto misionales como administrativos y de apoyo logístico del Hospital.

En cuanto a la recolección de datos biométricos (huella dactilar):
(a) Reconozco que el ingreso de información personal, lo realizo de manera libre y voluntaria dando cumplimiento a la solicitud de requerimientos específicos del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué-Tolima E.S.E
(b) El Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué-Tolima E.S.E se compromete a no ceder ni compartir los datos recibidos en el Aplicativo Dinámica Gerencial Hospitalaria sin mi consentimiento y aprobación expresa.
(c) El tratamiento de este dato sensible será utilizado exclusivamente para cotejar mi identidad con la Base de Datos del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué-Tolima E.S.E, con la finalidad de desarrollar las funciones propias de la entidad.

Así mismo, el Hospital y sus encargados garantizarán el ejercicio de los derechos del titular a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada, ser informado respecto del uso que se le ha dado a su información personal, acceder en forma gratuita a los datos que hayan sido objeto de Tratamiento, presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la normatividad vigente y revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales.

La Política de Tratamiento de Datos Personales, se encuentra disponible en la Página Web del Hospital: www.hfllleras.gov.co.
De conformidad con lo anterior, firmo como constancia en la ciudad de IBAGUÉ a los ( ) días del mes de del Año

Firma: Diana Marcela Pedraza Velez

Nombre: DIANA MARCELA PEDRAZA VELEZ

C.C No: 38212115 **de:** IBAGUÉ-

En caso que el titular de la información sea un paciente menor de edad, debe autorizar un adulto responsable:

Fecha de Autorización:

Nombre del menor de edad:

Documento de Identidad: Tipo: NUIT TI: Otro

Dirección de Correspondencia:

Ciudad: Teléfono Fijos:

Celular: E-mail:

Nombre del acudiente responsable del paciente menor :

Firma del acudiente responsable del paciente menor : Parentesco

312

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 numero de identificación CC 38212116 **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 02/09/2026 03:17 PM

Código Verificación: **9ZMBNFY53W**

Válida hasta: **01/12/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Federico Lleras Acosta EL HOSPITAL DE TODOS	GESTIÓN FINANCIERA	CÓDIGO: GF-FR-067
		Versión: 03
	FORMATO SOLICITUD REGISTRO PRESUPUESTAL	Vigente desde: 30/06/2023
		Página: 1 de 1

313

Fecha: Ibagué,

Para: Jefe de Presupuesto o quien haga sus veces

Número del Contrato: 2026-

Nit: 901.123.275-5

Contratista: OBSALUD S.A.S

Rubro Presupuestal: 2.4.5.02.09.9.3.1.2.2.01

Nombre Rubro Presupuestal: SERVICIOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS

Certificado de Disponibilidad Presupuestal a afectar:

Valor: $750.000.000

Justificación (Amplia, Suficiente y Soportada):

CONTRATAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS EN NEFROLOGÍA Y REALIZACIÓN DE TERAPIAS EXTRACORPOREAS PARA EL DESARROLLO DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES EN LOS SERVICIOS DE SALUD DEL HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE E.S.E, PLAZO: TRES (3) MESES CONTADOS A PARTIR DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE EJECUCIÓN Y LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO.

Nombre, Cargo y firma del funcionario Autorizado

GEINY LORENA DUARTE ESPINOSA
Internación Médica – Sede Limonar

Autorización Ordenador del Gasto:

Dra. MARTHA JOHANNA PALACIOS URIBE
Gerente
Hospital Federico Lleras Acosta Ibagué Tolima E.S.E.

Nombre de quien recibe solicitud

Fecha y Hora Radicación de la Solicitud
Dia ____ Mes_____ Año _____ Hora: _____ am ___ pm___

Diligenció
Nombre: Rocio Diaz Firma:
Fecha:

El Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E declara que la versión vigente y controlada de este documento solo podrá ser consultada en la INTRANET Institucional; toda copia o impresión de este se considera como documento NO CONTROLADO