Mosquera, Cundinamarca
17 de septiembre del 2026

Señores
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA

Gerente.

Juanita Corral Castillo

Presentación de propuesta de servicios.

Respetados señores

Por medio de la presente me permito presentar y ofrecer mis servicios como **Auxiliar de Enfermería** en el Hospital María Auxiliadora de Mosquera y sus sedes adscritas, en los diferentes servicios que la institución lo requiera, adhiriéndome a los procesos, políticas y protocolos de la institución, velando por el bienestar de los usuarios y ejecutando cada actividad de manera integral.

Agradezco la atención prestada y quedo atento a cualquier inquietud.

Cordialmente,

Firma.

Nombre: LINDA SONIA CHEYNE JIMENEZ

Cedula: 52310246

Teléfono: 3188922663

Hospital María Auxiliadora

PROCESO DE GESTIÓN ESTRATÉGICA DE TALENTO HUMANO

ANEXO TÉCNICO CURSOS EXIGIDOS DE ACUERDO A NORMATIVIDAD VIGENTE

Versión: 1	
Fecha Publicación: 21 de julio de 2026	
Código: FT-TH-05	
Página 2 de 2	

Nuestro Corazón a tu servicio

CURSO	AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y VACUNADOR	ENFERMERO/A PROFESIONAL	MÉDICO GENERAL	MÉDICO CIRUJANO	MÉDICO PEDIATRA	MÉDICO FAMILIAR	MÉDICO GINECÓLOGO	MÉDICO INTENSIVISTA	MÉDICO INTERNISTA	MÉDICO ORTOPEDISTA	MÉDICO RADIÓLOGO	MÉDICO OCUPACIONAL	MÉDICO GASTROENTERÓLOGO	MÉDICO NEFRÓLOGO	MÉDICO NEUROLOGO	MÉDICO ANESTESIÓLOGO	TECNÓLOGO IMÁGENES DIAGNOSTICAS	FISIOTERAPEUTA	TERAPEUTA RESPIRATORIA	FONOAUDIÓLOGA	NUTRICIONISTA	ODONTOLOGÍA	OPTÓMETRA	PSICOLOGÍA	CARGOS ADMINISTRATIVOS
Soporte Vital Básico	X					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X									
Soporte Vital Avanzado		X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X									
PALS Pediátrico					X																				
Certificado de Formación en Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Carnet de Protección Radiológica				X						X	X						X					X			
Cuidado Paliativo													X			X									
Curso Diagnóstico y Manejo Clínico del Dengue			X	X	X	X			X																
Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI			X	X	X	X																			
Certificado PAI, Inmunobiológicos (Vacunador)	X																					X			
Curso VIH			X	X	X	X	X																		
Curso IAMI	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Curso Seguridad del Paciente	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Curso de Humanización	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Curso Manejo del Duelo	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Curso de Agentes Químicos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X			
Cursos de (GPC) Guías de Práctica clínica			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						

Curso Cuidado del Donante de Órganos (Médicos y Especialistas) (Institución avalada por el Instituto Nacional de Salud). **Link de acceso para validar Donante de Órganos** https://apps.ins.gov.co/trasplantes/frm/ofertante/listadoofertantespublico			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X										
Curso POCT (**Toma de pruebas en punto de atención**)			X	X																						
Toma de Muestras de Laboratorio Clínico																		X	X							
Diplomado UCI (**SI presta servicio en el área**)									X										X							
Curso MIPG - DAFP	X(1)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
Curso de Integridad, Transparencia y Lucha Contra la Corrupción - DAFP	X(1)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Curso Código de Ética, Integridad y Buen Gobierno	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Curso de Inducción y Reinducción	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Vigencia de los cursos: Se verifica conforme a lo establecido en el certificado. Si este no especifica un periodo de validez, se asumirá una vigencia de un (1) año desde su fecha de expedición.																										

El / la Líder de Gestión Estratégica del Talento Humano certifica que los documentos aportados en medio magnético o en medio físico se encuentran completos y vigentes una vez firmada la lista de verificación para la contratación de personal.

Firma Líder del proceso de Gestión Estratégica del Talento Humano:

HOJA DE VIDA



Linda Sonia Cheyne Jiménez
C.C 52310246 de Bogotá
Licencia de conducir C3
Dirección: Hacienda Los Caballos casa 35 Funza
Celular: 318 8922663 Correo Electrónico: lindasoniacheyne@gmail.com o enfr_lind_chey@hotmail.com

Perfil Profesional

- Soy una persona con gran desempeño académico, disciplinario y laboral. Con excelentes relaciones interpersonales me encanta el trabajo en equipo se me caracteriza el fácil aprendizaje.

  Durante mi trayectoria Laboral he adquirido una gran responsabilidad, honestidad, confianza y respeto por mi gran cumplimiento y desempeños realizados.

Formación Académica

COLSUBSIDIO:	Excel básico - Intermedio
FUNDACION NUESTRA SRA DE LA ESPERANZA:	Primeros auxilios, Gestión del Duelo, Agentes Químicos, Administración de Biológicos, Atención Víctimas de Violencia, Toma de Muestras.
SURA:	Salud y seguridad en el trabajo 50 horas
Curso Virtual Innovared:	Humanización de la prestación de los servicios En salud. Habilidades Comunicativas y de Conocimiento y Auto liderazgo.
Convida:	Gestión Comercial-Humanización en servicios de Salud.
Curso Virtual Sena:	Humanización de la prestación de los servicios en Salud
Curso Virtual Sena:	Orientación en la planificación familiar y lactancia Materna
Admisalud Funza:	Técnico auxiliar de enfermería Técnico en laboratorio clínico Técnico en terapia respiratoria Técnico en administración hospitalaria Técnico en salud publica
Sena	Manejo de máquina y fileteadora plana Industrial
Estudios Secundarios:	Colegio María Auxiliadora Funza Cundinamarca
Estudios Primarios:	Colegio Nuestra Sra. del Rosario Funza Cundinamarca.

Experiencia Laboral

SODIS VIP

Cargo: Conductor servicio especial

Funciones: Trasporte de tripulación de Avianca, Latam y Tampa, del aeropuerto Ya su domicilio y viceversa a cualquier parte de Bogotá y Cundinamarca

Jefe Inmediato: Arturo Lemus

Teléfono: 3118276280

Fecha de inicio: Abril 10 del 2026

Fecha de finalización: Julio 30 del 2026

ENZOTEC

Cargo: Aux de Ventas y almacén

Funciones: Atención al usuario, picking y packing

Jefe Inmediato: Angie Martínez

Teléfono: 3102339320

Fecha de inicio: Octubre del 2025

Fecha de finalización: Marzo del 2026

E.S.E HOSPITAL MARIA AUXILIADORA MOSQUERA

Cargo: Aux de enfermería

Funciones: Realizar visitas casa a casa detectando riesgos en la población asignada

Jefe Inmediato: Jefe Dian Rueda

Teléfono: 310 2113070

Fecha de inicio: febrero 6 del 2025

Fecha de finalización: Septiembre 30 del 2025

SECRETARIA DE SALUD FUNZA

Cargo: Auxiliar de Enfermería

Funciones: Realizar visitas casa a casa detectando riesgos en la población asignada

Jefe Inmediato: LAURA PULIDO

Teléfono: 350 4351274

Fecha de inicio: Marzo 6 del 2025

Fecha de finalización: Mayo 20 del 2025

E.S.E HOSPITAL MARIA AUXILIADORA MOSQUERA

Cargo: Aux de enfermería

Funciones: Realizar visitas casa a casa detectando riesgos en la población asignada

Jefe Inmediato: Jefe Dian Rueda

Teléfono: 310 2113070

Fecha de inicio: Diciembre 6 del 2024

Fecha de finalización: Diciembre 30 del 2024

SECRETARIA DE SALUD FUNZA

Cargo: Gestora del Riesgo

Funciones: Realizar agendamiento y seguimiento a médicos, psicólogos APS y profesionales PIC, envíos de pacientes con citas demoradas a las diferentes eps que se encuentran en el municipio. Envíos de usuarios para las diferentes dependencias de la alcaldía según su necesidad.

Jefe Inmediato: Dra. Luisa Pachón

Teléfono: 314 2867762

Fecha de inicio: Mayo 10 del 2024

Fecha de finalización: Diciembre 23 del 2024

INMEVAL S.A

Cargo: Operaria de empaque y ensamble

Funciones: Ensamble y empaque de piezas plásticas y de caucho, , picking y packing.

Jefe Inmediato: Katherine Giraldo

Celular: 311 2545090

Fecha de inicio: Diciembre de 2023

Fecha de Terminación: Marzo de 2024

CENTRO COMERCIAL MI CENTRO FUNZA

CARGO: Aux de enfermería y seguridad y salud en el trabajo.

JEFE INMEDIATO: MARIA DE LOS ANGELES

FECHA DE INICIO: ENERO 2 DEL 2021

FECHA DE TERMINACION: JUNIO 9 DEL 2021

E.P.S´ S CONVIDA

Cargo: Promotora de salud

Funciones: Realizar precargue de autorizaciones, entrega de autorizaciones, tutelas afiliaciones, realizar seguimiento a gestantes, menores de edad crónicos y altos costos, donde se realiza tomas de tensión arterial peso y talla se realiza verificación de carnet de vacunación, crecimiento y desarrollo y gestantes, verificación de paraclínicos y ecografías.

Jefe Inmediato: Julio Torres

Teléfono: 320 8534099

Fecha de Inicio: Abril 11 del 2017

Fecha de Terminación: Diciembre 30 del 2021

SECRETARIA DE SALUD FUNZA

Cargo: Promotora de salud

Funciones: Realizar visitas domiciliarias donde se realiza toma de tensión arterial, peso, talla, verificación de carnet de crecimiento y desarrollo, carnet de vacunas, controles a gestantes y verificación de carnet, exámenes de laboratorio, ecografías peso y talla.

Jefe Inmediato: Dra. Norma Cardozo

Teléfono: 313 4299416

Fecha de inicio: Abril del 2012

Fecha de finalización: Diciembre 23 del 2016

COLEGIO NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO FUNZA

Cargo: Aux de enfermería

Funciones: Atender a las alumnas y personal del colegio.

Jefe Inmediato: Sor María Antonieta

Teléfono: 321 4630574

Fecha de inicio: Febrero 7 del 2011

Fecha de finalización: Diciembre 17 del 2011

E.S.E. MARIA AUXILIADORA MOSQUERA

Cargo: Aux de enfermería - Promotora de salud

Funciones: Atender centro de salud consulta externa, Realizar visitas domiciliarias donde se realiza toma de tensión arterial, peso, talla, verificación de carnet de crecimiento y desarrollo, carnet de vacunas, controles a gestantes y verificación de carnet, exámenes de laboratorio, ecografías peso y talla.

Jefe Inmediato: Alexandra Aguirre

Teléfono: 311 2292697

Fecha de inicio: Mayo 8 del 2009

Fecha de finalización: Diciembre 23 del 2010

UNIDAD MEDICA SAN JOSE

Cargo: Aux de enfermería

Funciones: Consulta externa, despacho de medicamentos y toma de laboratorios.

Jefe Inmediato: Leonor de Peñaloza

Teléfono: 3002858065

Fecha de Inicio: Agosto 15 del 2008

Fecha de Finalización: Diciembre 28 del 2008

Referencias

Martha Torres

3214292047

Carlos Alberto González

3214395279



LINDA SONIA CHEYNE JIMENEZ
C.C 52310246 de Bogotá

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
CHEYNE	JIMENEZ	LINDA SONIA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 52310246	F ⊗ M ○ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 07 MES 12 AÑO 1975

PAÍS COLOMBIA

DEPTO BOGOTÁ. D.C.

MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 20A 9A 57 HACIENDA LOS CABALLOS

PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO FUNZA

TELÉFONO EMAIL algajema.01516@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	1992

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	3	X			12	2012	52310246
PREGRADO	4	X			06	2004	52310246

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
ADMIDALUD	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	60	X		TENICO EN LABOTORIO CLINICO	06	2004

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL REGIONAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES - COROZAL			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA	MUNICIPIO: FUNZA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:						
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día: 07	Mes: 06	Año: 2025			Día: 30	Mes: 09	Año: 2025				
CARGO O CONTRATO ACTUAL: AUX DE ENFEMERIA	DEPENDENCIA: ACCIONES EN SALUD PUBLICA					DIRECCIÓN: CALLE 9 13 10						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: MARIA AUXILIADORA DEL MUNICIPIO DE MOSQUERA - CUNDINAMARCA			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA	MUNICIPIO: FUNZA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:						
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día: 04	Mes: 03	Año: 2025			Día: 06	Mes: 05	Año: 2025				
CARGO O CONTRATO ACTUAL: AUX DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA: ACCIONES EN SALUD PUBLICA					DIRECCIÓN: CALLE 3 3 15						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD MARIA AUXILIADORA DEL MUNICIPIO DE MOSQUERA - CUNDINAMARCA	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* MOSQUERA		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS 3188922663	*FECHA DE INGRESO* *Día* 01 *Mes* 12 *Año* 2024		*FECHA DE RETIRO* *Día* 30 *Mes* 12 *Año* 2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUX DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* APS - SALUD PUBLICA		*DIRECCIÓN* CALLE 3 2 15 ESTE centro

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FUNZA		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS 3186019339	*FECHA DE INGRESO* *Día* 10 *Mes* 05 *Año* 2024		*FECHA DE RETIRO* *Día* 25 *Mes* 12 *Año* 2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR PROMOTORA DE SALUD	*DEPENDENCIA* ACCIONES EN SALUD PUBLICA		*DIRECCIÓN* CALLE 11 10 10

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD INMEVAL LTDA	*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FUNZA		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS 3112545090	*FECHA DE INGRESO* *Día* 29 *Mes* 12 *Año* 2023		*FECHA DE RETIRO* *Día* 30 *Mes* 03 *Año* 2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE BODEGA Y OPERARIA	*DEPENDENCIA* OPERARIA		*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD COLEGIO GREEN HILLS	*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FUNZA		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS 3228309456	*FECHA DE INGRESO* *Día* 01 *Mes* 02 *Año* 2023		*FECHA DE RETIRO* *Día* 23 *Mes* 06 *Año* 2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE BODEGA Y OPERARIA	*DEPENDENCIA* OPERARIA		*DIRECCIÓN* CARRERA 12 17A 2

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FUNZA		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:*
TELÉFONOS 3186019339	*FECHA DE INGRESO* *Día* 21 *Mes* 09 *Año* 2022		*FECHA DE RETIRO* *Día* 20 *Mes* 12 *Año* 2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUX. PROMOTORA DE SALUD	*DEPENDENCIA* ACCIONES EN SALUD PUBLICA		*DIRECCIÓN* CALLE 11 10 10

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
CENTRO COMERCIAL MI CENTRO FUNZA		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CUNDINAMARCA	FUNZA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
3124925986	Día	03	Mes	01	Año	2022	Día	08	Mes	06	Año	2022

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUX DE ENFERMERIA	AMBIENTAL, SEGURIDAD Y SALUD	CARRERA 13 16 85

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
E.P.S.S. CONVIDA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CUNDINAMARCA	FUNZA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
4269500	Día	01	Mes	07	Año	2020	Día	31	Mes	12	Año	2020

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONTRATISTA	SUBGERENCIA COMERCIAL	CALLE 13N 16 85

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
E.P.S.S. CONVIDA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CUNDINAMARCA	FUNZA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
4299500	Día	11	Mes	04	Año	2017	Día	30	Mes	12	Año	2019

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONTRATISTA	COMERCIAL	CARRERA 58N 9 97

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL NTRA SRA DE LAS MERCEDES	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CUNDINAMARCA	FUNZA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	23	Mes	05	Año	2016	Día	23	Mes	12	Año	2016

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONTRATISTA	SALUD PUBLICA	CALLE 10N 11 93

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SECRETARIA DE SALUD FUNZA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CUNDINAMARCA	FUNZA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	10	Mes	03	Año	2015	Día	11	Mes	03	Año	2015

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONTRATISTA	SALUD	Sin dirección

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ALCADIA DE FUNZA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CUNDINAMARCA	FUNZA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
8261863	Día 23 Mes 01 Año 2014	Día 22 Mes 12 Año 2014

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONTRATISTA	SECRETARIA DE SALUD	ALCALDIA DE FUNZA

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ALCALDIA DE FUNZA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
BOGOTÁ. D.C.	BOGOTÁ. D.C.	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	Día 01 Mes 03 Año 2013	Día 20 Mes 12 Año 2013

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONTRATISTA	SALUD	Sin dirección

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
FUNIPROS		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
BOGOTÁ. D.C.	BOGOTÁ. D.C.	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	Día 01 Mes 09 Año 2012	Día 31 Mes 12 Año 2012

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
PROMOTORA DE SALUD	SALUD	CALLE 14N 12 10

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
FUNIPROS		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
BOGOTÁ. D.C.	BOGOTÁ. D.C.	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
8415235	Día 01 Mes 03 Año 2012	Día 30 Mes 06 Año 2012

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
PROMOTORA DE SALUD	SALUD	CALLE 14N 12 10

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
COLEGIO NUESTRA SRA DEL ROSARIO		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
BOGOTÁ. D.C.	BOGOTÁ. D.C.	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
8257012	Día 08 Mes 02 Año 2011	Día 30 Mes 11 Año 2011

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUX DE ENFEMERIA	SALUD	AVENIDA 12N 13 18

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MARIA AUXILIADORA			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 6149500	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
	Día	15	Mes	05	Año 2009	Día	30	Mes	11	Año	2010
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA					DIRECCIÓN Sin dirección					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD UNIDAD MEDICA SAN JOSE			PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 3002858065	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
	Día	19	Mes	07	Año 2004	Día	30	Mes	04	Año	2008
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUX DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA SALUD					DIRECCIÓN AVENIDA 12N 13 62					

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA			PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	MUNICIPIO FUNZA					CORREO ELECTRÓNICO					
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
	Día:	11	Mes:	04	Año: 2017	Día:		Mes:		Año:	
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	NIVEL EDUCATIVO PREGRADO					DIRECCIÓN					

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	2	8
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	6	4
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	5	6
EXPERIENCIA DOCENTE	9	5

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

8 **FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Mosquera Sep 18 · 2026

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 **OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS**

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Función Pública

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

Tipo de declaración: INGRESO

Fecha de publicación: 2026-09-17 11:57

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
LINDA	SONIA	CHEYNE	JIMENEZ

Documento de identificación
Tipo: CEDULA DE CIUDADANIA
Número: 52310246

Lugar de nacimiento
País: COLOMBIA
Departamento: CUNDINAMARCA
Municipio: AGUA DE DIOS

Lugar de domicilio
País: COLOMBIA
Departamento: CUNDINAMARCA
Municipio: FUNZA

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje: MARIA AUXILIADORA DEL MUNICIPIO DE MOSQUERA - CUNDINAMARCA

Lugar de sede
País: COLOMBIA
Departamento: CUNDINAMARCA
Municipio: MOSQUERA

Dirección: ["calle 3 # 1-19 este"]

Cargo o función que cumple: CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$8.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$1.500.000,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$9.500.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$0,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento | Número

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

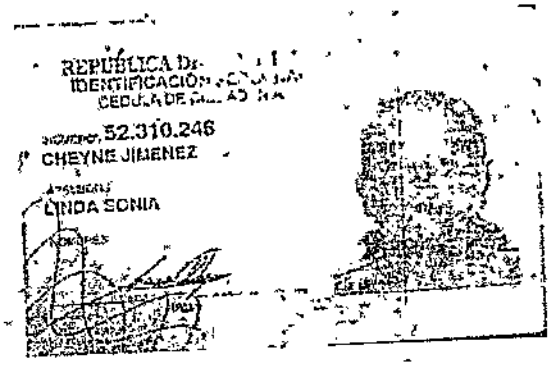
Nombre entidad	Valor

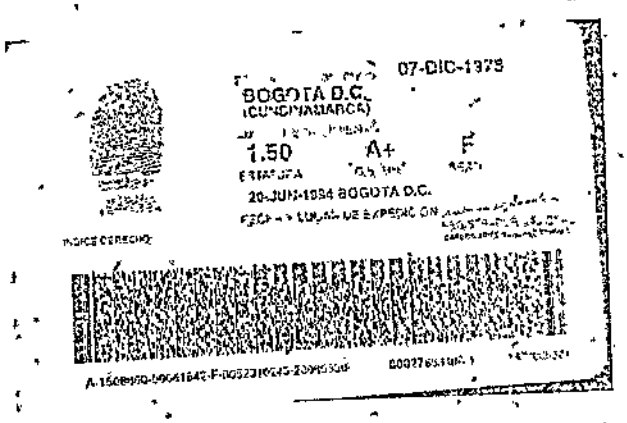
2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:


REPÚBLICA DE
IDENTIFICACIÓN
CÉDULA DE
52.310.246
CHEYNE JIMENEZ
LINDA SONIA


07-DIC-1979
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
1.50
A+
20-JUN-1994 BOGOTA D.C.

Fecha: SEP / 17 / 2026

Yo, **LINDA SONIA CHEYNE JIMENEZ**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **52.310.246** expedida en **BOGOTA**, manifiesto que he recibido y conozco la información suministrada por el Proceso de Talento Humano del Hospital María Auxiliadora E.S.E. de Mosquera, relacionado con los procesos de inducción y reinducción, capacitaciones, cursos institucionales, lineamientos, comunicaciones, novedades, trámites administrativos, terminación o finalización del contrato de prestación de servicios y demás información inherente a la gestión del talento humano.

En constancia de lo anterior, firmo el presente documento.

Firma: _____

Nombre: LINDA SONIA CHEYNE JIMENEZ

Cédula de ciudadanía No.: 52310246

Teléfono: 3188922663

Contratista X Planta ____

JURAMENTO ÉTICO Y CONFLICTO DE INTERESES

Yo, LINDA SONIA CHEYNE JIMENEZ identificado con cédula de ciudadanía número 52310246, en mi calidad de Servidor Público, Contratista del Hospital María Auxilladora E.S.E. de Mosquera, declaro bajo la gravedad del juramento que conozco, comprendo y me comprometo de manera voluntaria y consciente

a. Priorizar la Vida y la Salud: Orientar todas mis actuaciones al bienestar, la seguridad y la dignidad de los usuarios y la comunidad de Mosquera, prestando un servicio humanizado, oportuno y con calidad.
b. Acatar los Valores Institucionales: Actuar bajo los principios de Honestidad, Respeto, Compromiso, Diligencia y Justicia, de acuerdo con el Código de Integridad de la institución.
c. Resguardar la Confidencialidad: Mantener estricta reserva sobre la historia clínica de los pacientes y la información confidencial de la Institución, cumpliendo con la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 1581 de 2012).
d. Cuidar los Recursos Públicos: Velar por el uso eficiente, transparente y austero de los bienes, equipos e insumos médicos y administrativos asignados para el cumplimiento de mis labores.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES
(De conformidad con la Ley 1437 de 2011, Ley 1952 de 2019 y normas concordantes)
Marque con una X la opción correspondiente a su situación actual:

A. **Relaciones Comerciales o Financieras** ¿Tiene usted, su cónyuge, compañero(a) permanente o parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, algún interés económico, acciones o vínculo comercial con proveedores de medicamentos, insumos, equipos médicos o servicios de la Institución? SÍ [ ] NO [X]

B. **Vinculación con Competidores o Entidades del Sector** ¿Presta usted servicios asistenciales, de asesoría o consultoría en otra institución de salud (pública o privada) cuyas funciones o horarios entren en conflicto directo con sus responsabilidades en este Hospital? SÍ [ ] NO [X]

C. **Relaciones de Parentesco** ¿Tiene familiares laborando en el Hospital María Auxiliadora de Mosquera que se encuentren en una relación directa de subordinación o control respecto a su cargo? SÍ [ ] NO [X]

Detalle de la declaración: (Si marcó SÍ en alguna de las casillas anteriores, por favor describa brevemente la situación a continuación. Si marcó NO, escriba "No aplica"). [Espacio para detallar el conflicto de interés si existe].

Manifiesto que la información aquí consignada es verídica y fiel a la realidad. Me comprometo a actualizar este formato de manera inmediata si durante el ejercicio de mis funciones surge una nueva situación que configure un potencial conflicto de intereses.

Para constancia de lo anterior, se firma en el municipio de Mosquera, Cundinamarca, a los 17 días del mes de SEPTIEMBRE del año 2026

Firma: _____
Cédula de ciudadanía No.: 52310246

Fecha: SEPTIEMBRE /.17 / 2026

Señores
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA E.S.E. DE MOSQUERA
Mosquera, Cundinamarca

Yo, LINDA SONIA CHEYNE JIMENEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **52.310.246,** actuando en nombre propio, manifiesto bajo la gravedad de juramento, el cual se entiende prestado con la suscripción del presente documento, que a la fecha de su firma:

1. **Sí ( ) No (X)** Me encuentro desempeñando un empleo o cargo público en esta entidad o en otra entidad del Estado.
2. **Sí ( ) No (X)** Soy cónyuge, compañero(a) permanente o tengo parentesco hasta el primer grado de consanguinidad, primero de afinidad o único civil con servidores públicos que desempeñen cargos del nivel directivo, asesor o de control interno del Hospital María Auxiliadora E.S.E. de Mosquera o de la Contraloría competente.
3. **Sí ( ) No (X)** Tengo parentesco hasta el primer grado de consanguinidad, primero de afinidad o único civil con exservidores públicos que hayan ocupado cargos del nivel directivo en el Hospital María Auxiliadora E.S.E. de Mosquera y se hayan retirado dentro de los dos (2) años anteriores.
4. **Sí ( ) No (X)** He sido servidor(a) público(a) del Hospital María Auxiliadora E.S.E. de Mosquera, concejal o edil dentro de los dos (2) años anteriores y desempeñé funciones iguales o similares a las relacionadas con el objeto del contrato.
5. **Sí ( ) No (X) No aplica ( )** En mi calidad de profesional del área de la salud, me encuentro desempeñando un cargo público en el área administrativa de una entidad estatal.
6. **Sí ( ) No (X)** He sido sancionado(a) con cinco (5) o más multas, o con dos (2) multas y un incumplimiento, o con dos (2) incumplimientos en contratos estatales durante una misma vigencia fiscal, dentro de los tres (3) años anteriores.
7. **Sí ( ) No (X)** Soy o he sido miembro de la Junta Directiva de una entidad descentralizada del orden territorial vinculada al Hospital María Auxiliadora E.S.E. de Mosquera, dentro del año inmediatamente anterior.
8. **Sí ( ) No (X)** Me encuentro incurso(a) en alguna otra causal de inhabilidad, incompatibilidad, conflicto de interés o prohibición para contratar con entidades estatales, diferente de las anteriormente relacionadas.

Declaro que la información suministrada es veraz y conozco que cualquier falsedad u omisión podrá dar lugar a las acciones legales y administrativas a que haya lugar, de conformidad con la Constitución Política y la legislación colombiana vigente.

En constancia de lo anterior, firmo la presente declaración.

Firma: _____

Nombre: LINDA SONIA CHEYNE JIMENEZ

Cédula de ciudadanía No.: 52.310,246

DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
Secretaría de Salud

RESOLUCION No. 25 3291 DE 2004

02 SET. 2004

"Por la cual se registra un certificado de aptitud ocupacional"

EL SECRETARIO DE SALUD

En ejercicio de sus funciones y de la delegación conferida por la Resolución No. 8211 de julio 15 de 1989, emanada del Ministerio de Salud, y

CONSIDERANDO :

Que **LINDA SONIA CHEYNE JIMENEZ,** identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía No. **52.310.246** de Santafé de Bogotá, D.C., solicita el Registro del Certificado de Aptitud Ocupacional como **TECNICO AUXILIAR EN ENFERMERIA,** que le otorga **LA ESCUELA EN ADMINISTRACION Y SALUD "ADMISALUD" FUNZA CUNDINAMARCA, SEGÚN ACTA DE GRADO No.10, DE FECHA 18 DE JUNIO DE 2004.**

Que dicho Certificado de Aptitud Ocupacional, no requiere Registro de la Secretaría de Educación, de conformidad con la directriz trazada en la Circular No. 030 del 11 de mayo de 1984.

RESUELVE :

ARTICULO PRIMERO.- Registrar el Certificado de Aptitud Ocupacional como **TECNICO AUXILIAR EN ENFERMERIA,** conferido a **LINDA SONIA CHEYNE JIMENEZ,** identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía **No. 52.310.246** de Santafé de Bogotá, D.C, que le otorga **LA ESCUELA EN ADMINISTRACION Y SALUD "ADMISALUD" FUNZA CUNDINAMARCA, SEGÚN ACTA DE GRADO No.10, DE FECHA 18 DE JUNIO DE 2004.**

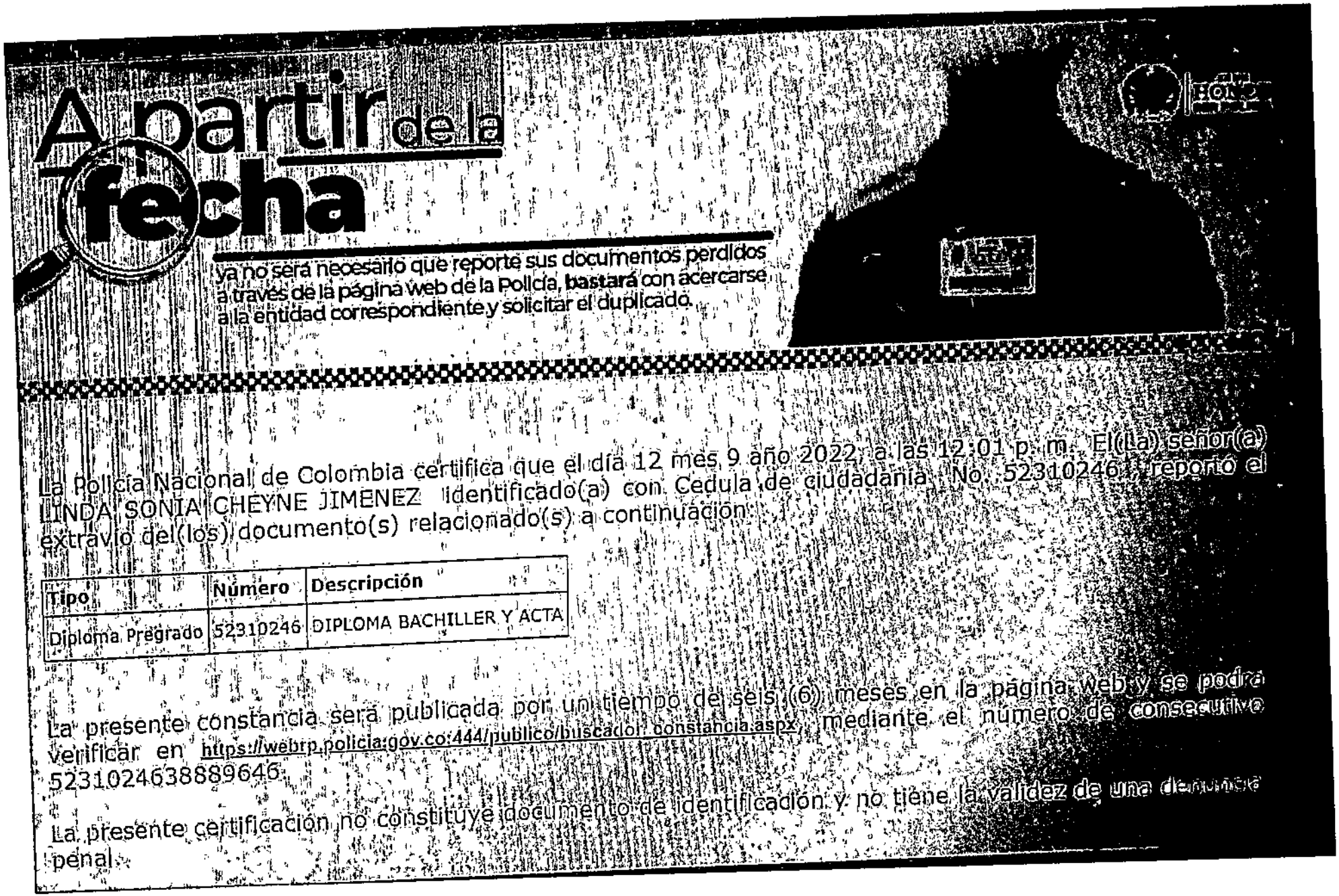
PARAGRAFO: Este Registro tiene validez en todo el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO.- Contra la presente Resolución procede el Recurso de Reposición, de conformidad con lo establecido en el Código Contencioso Administrativo.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE
Dada en Bogotá D. C., a los 02 SET. 2004

JAIME ARMANDO GUERRERO GUERRERO
Secretario de Salud

Escaneado con CamScanner



La Policía Nacional de Colombia certifica que el día 12 mes 9 año 2022, a las 12:01 p. m., El(La) señor(a) LINDA SONIA CHEYNE JIMENEZ identificado(a) con Cedula de ciudadanía No. 52310246 , reportó el extravío del(los) documento(s) relacionado(s) a continuación:

Tipo	Número	Descripción
Diploma Pregrado	52310246	DIPLOMA BACHILLER Y ACTA

La presente constancia será publicada por un tiempo de seis (6) meses en la página web y se podrá verificar en https://webrp.policia.gov.co:444/publico/buscador_constancia.aspx, mediante el número de consecutivo 52310246638889646

La presente certificación no constituye documento de identificación y no tiene la validez de una denuncia penal.

REPUBLICA DE COLOMBIA

Y EN SU NOMBRE

LA

ESCUELA EN ADMINISTRACION Y SALUD

ADMISALUD.

Aprobada Mediante Resolución No. 000029 de Febrero 17 de 1.999
Emanada de la Secretaria de Educación y
Acuerdo No. 28 de Septiembre 13 de 1.998
del Ministerio de Salud.

Concede el presente Certificado de Aptitud Ocupacional

Técnico Auxiliar En:

ENFERMERÍA

Con una Intensidad Horaria de (2020) horas

A:

Linda Sonia Cheyne Jimenez

Identificado (a) con C. C. No. 52.310.246 De Bogotá

Por Haber cumplido todos los requisitos académicos y legales que le acreditan para ejercer la Profesión.

ADMISALUD
Dirección

Director General

MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DE CUNDINAMARCA
Reconócese éste título para todos los efectos legales
Bogotá, 2 - IX - 2004
Resolución No. 25-3291

Secretario General

Yolima Pantévez V.
Coordinadora Pro. Auxiliar de Enfermería

Dado en Funza a los 19 Días del Mes de Junio Del año 2004

Powered by CamScanner

ESCUELA EN ADMINISTRACION Y SALUD

ADMISALUD

Aprobada Mediante Resolución No. 000029 de Febrero 17 de 1.999
Emanada de la Secretaria de Educación y
Acuerdo No. 28 de Septiembre 13 de 1.998
del Ministerio de Salud.

"El Suscrito Secretario General de la Escuela en Administración y Salud ADMISALUD, expide a continuación copia del acta de grado número Díez (10) correspondiente al día dieciocho (18) del mes de Junio del año dos mil cuatro (2004), registrada en el libro de actas de grado al folio número diez (10).

"En la ciudad Funza Departamento de Cundinamarca, siendo las 6:00 pm. Del día 19 de Junio del año dos mil cuatro (2004), bajo la Dirección General del Doctor JORGE ENRIQUE CHIVATA GALINDO, se efectúo la Ceremonia de Graduación para otorgar el grado Nivel Ocupacional de: **LINDA SONIA CHEYNE JIMENEZ**, identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 52.310.246 expedida en Bogotá , quien cursó y aprobó de acuerdo a los reglamentos los estudios correspondientes al Nivel de Educación No Formal. El Director General en Nombre y Representación de la Escuela en Administración y Salud ADMISALUD y previo Juramento, hizo entrega del Diploma correspondiente".

Para constancia se firma la presente acta por los que en ella intervinieron.

Firmado Director General

Firmado Coordinadora del Programa Auxiliar de Enfermería

Firmado Secretario general

Es fiel copia tomada de su Original que se expide a los dieciocho (18) días del mes de Junio del año dos mil cuatro (2004) .

Secretario General

Powered by CamScanner

Admisalud

REPUBLICA DE COLOMBIA

Y EN SU NOMBRE

LA

ESCUELA EN ADMINISTRACION Y SALUD

ADMISALUD

Aprobada por el Ministerio de Protección Social, Acuerdo Ejecutivo Nº 154 de Marzo 18 de 2010
Emitido por la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud,
Licencia de Funcionamiento Resolución Nº 003717 de 10 de septiembre de 2003,
Aprobación de Programas Mediante Resolución Nº 004227 25 de Junio 2010
Emanada de la Secretaria De Educación de Cundinamarca.

Concede el presente Certificado de Técnico Laboral por Competencias

Auxiliar en:

SALUD PUBLICA

Con una Intensidad Horaria de (1800) horas

Cheyne Jiménez Linda Sonia

Identificado (a) con CC. No. 52.310.246 de Bogotá

Por haber cumplido todos los requisitos académicos y legales que le acreditan para ejercer la ocupación.

Admisalu

JORGE E CHIVATA G.
Director General

Secretario (a) General

Coordinador (a) Pro. Auxiliares en Salud

CELAC Calidad en Educación ISO 9001 No. 10.010-1

CELAC Calidad en Educación NTC 5555 No. 20.010-1

Dado en Funza a los 20 Dias del Mes de Diciembre Del Año 2012

En el Libro No. 01 *Folio No.* 24 *Registro No.* 799

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

Y EN SU NOMBRE

LA

ESCUELA EN ADMINISTRACION Y SALUD

ADMISALUD

Aprobada por el Ministerio de Protección Social, Acuerdo Ejecutivo N° 154 de Marzo 18 de 2010
Emitido por la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud,
Licencia de Funcionamiento Resolución N° 003717 de 10 de septiembre de 2003,
Aprobación de Programas Mediante Resolución N° 004227 25 de Junio 2010
Emanada de la Secretaria De Educación de Cundinamarca.

"El Suscrito Secretario General de la Escuela en Administración y Salud ADMISALUD, expide a continuación copia del acta de grado de la Promoción número Uno (1) correspondiente al día Veinte (20) del mes de Diciembre del año dos mil doce (2012).

"En el Municipio de Funza Departamento de Cundinamarca, siendo las 10:00 a.m. del día Veinte (20) de Diciembre del año dos mil doce (2012), bajo la Dirección General del Doctor JORGE ENRIQUE CHIVATA GALINDO, se efectúo la Ceremonia de Graduación para otorgar el grado Nivel Técnico Laboral por Competencias AUXILIAR EN SALUD PUBLICA

A:

Cheyne Jiménez Linda Sonia

Identificado (a) con C.C. No. 52.310.246 de Bogotá

quien cursó y aprobó de acuerdo a los reglamentos de estudios correspondientes al Nivel de Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano. El Director General en nombre y representación de la Escuela en Administración y Salud ADMISALUD y previo Juramento, hizo entrega del Certificado correspondiente".

Para constancia se firma la presente acta por los que en ella intervinieron.

Director General *Jorge Enrique Chivatá Galindo*

Coordinador(a) del programa *Sandra Patricia Rodríguez Santos*

Secretario(a) General *Julio Ernesto Chivatá Galindo*

Dado en Funza a los 20 Dias del Mes de Diciembre Del Año 2012

En el Libro No. 01 *Folio No.* 24 *Registro No.* 799

Secretario (a) General

CELAC Calidad en Educación ISO 9001 No. 10.010-1

CELAC Calidad en Educación NTC 5555 No. 20.010-1

Powered by CamScanner