	MACROPROCESO ESTRATEGICO	GESTIÓN DE TALENTO HUMANO	CODIGO	FOR-RH-04
	VERIFICACION DE LISTA DE CHEQUEO DE HOJAS DE VIDA		VERSIÓN FECHA	5 01/2025

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO,** Shirley Cuetia, Identificado (a) con Cédula No. 57272 ofic y Profesión Aux Enfermera AUTORIZO que la **E.S.E. CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO** en calidad de Responsable del Tratamiento de datos pueda VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR mis datos personales en las distintas plataformas disciplinarias, fiscales, judicial, inhabilidades etc. y los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por la institución con fines de contratación. Firma: Shirley Cuetia Q.

Formato Único De Hoja De Vida SIGEP	✓		
Fotocopia de Cedula	✓		
Diploma De Bachiller Y Acta De Grado (Técnicos)	✓		
Diplomas Y Certificados Del Cargo A Ejercer	✓		
Soportes de Experiencia Laboral (Certificaciones Laborales)	✓		
Tarjeta Profesional			✓
RETHUS	✓		
Certificado De Procuraduría	✓		
Libreta Militar (Hombre)			✓
ificado De Contraloría	✓		
Certificado Judicial	✓		
Medidas Correctivas	✓		
Rut Actualizado (Año vigente)	✓		
Certificado De Delitos Sexuales	✓		
Certificado De EPS	✓		
Certificado De Afiliación A Fondo De Pensiones	✓		
Certificación de Afiliación de ARL	✓		
Póliza De Responsabilidad Civil (Desde 200 Millones de Pesos)	✓		
Certificado de Antecedentes Ético Profesional (Mes Actual)			✓
Resolución Departamental Para Ejercer Profesión	✓		
Certificado de Registro de Deudores Alimentarios Morosos - REDAM	✓		
Consulta SIMIT (Conductores)			✓
Licencia de Conducción (Conductores)			✓
Certificación Bancaria (Del año Vigente)	✓		
Propuesta Económica elaborada por el Contratista	✓		
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) ps://www.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth?opcionDestino=LEY2013	✓		
CURSOS			**N/A**
Curso Guía De Atencion Integral Para Víctimas De Violencia Sexual Ley 1146 De 2007	✓		
Certificado De Curso Soporte Vital Básico (Aux. De Enfermería) Avanzado (Enfermeras, Médicos, Fisioterapia) No Superior A 2 Años	✓		
Certificado de Curso Soporte Vital Avanzado (Enfermeras, Médicos Generales)			✓
Constancia De Formación En Manejo Del Dolor	✓		
Constancia De Formación En Gestión Del Duelo	✓		
Constancia De Formación En Toma De Muestras (Auxiliares De Laboratorio, Auxiliares De Enfermería, Enfermeras)	✓		
Constancia De Formación En Atencion De Victimas De Ataque Con Agentes Químicos	✓		
Curso De Humanización Del Servicio	✓		
Curso De Manejo Y Diagnóstico Clínico Del Dengue (Médicos, Auxiliares De Enfermería , Enfermeras)	✓		
Curso de Seguridad Vial (Conductores)			✓
Curso de Primeros Auxilios No Superior a Dos Años) (Conductores)			✓
EXAMENES			**N/A**
Hemograma, Glicemia, Parcial de Orina	✓		
Examen Ocupacional	✓		
Perfil Lipídico, Perfil Renal, Electrocardiograma (Mayores de 50 de años)			✓
Copia de Carnet de Vacunación: (HEPATITIS B, COVID 19, TETANO, INFLUENZA Y FIEBRE AMARILLA) (Todo personal Asistencial)	✓		

Supervisor De Contrato :	Revisó: ☐	Aprobó: ☐	**Firma:**	
Área de Talento Humano	Revisó: ☑	Aprobó: ☑	**Firma**	
Área de Contratación	Revisó: ☐	Aprobó: ☐	**Firma**	

Las partes firmantes confirman haber revisado y aprobado información proporcionada por parte del aspirante

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
GUETHE	OLIVER	SHIRLEY

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 57272044	F ⊗ M ○ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 22 MES 08 AÑO 1984	CARRERA 5 16 74 CASA SAN BERNARDO			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	MAGDALENA
DEPTO	MAGDALENA	MUNICIPIO	FUNDACIÓN		
MUNICIPIO	FUNDACIÓN	TELÉFONO	3007157385	EMAIL	shirleyguethe2208@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	12	AÑO	2000

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	4	X		AUXILIAR DE ENFERMERIA	06	2006	

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	08	*Año*	2026	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ASIISTENCIAL						*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	2026	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ASINTENCIAL						*DIRECCIÓN* CALLE null 14 35					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	06	*Año* 2026	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE null 14 35					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	08	*Mes*	01	*Año* 2026	*Día*	30	*Mes*	05	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ASISITENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE null 14 35					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3007157385	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	12	*Año* 2025	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3007157385	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	18	*Mes*	11	*Año* 2025	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPEDIENTE	*DEPENDENCIA* ASISITENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3007157385	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año* 2025	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 3 13 45					

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 DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
MAGDALENA	FUNDACIÓN	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
3007157385	Día	01	Mes	09	Año	2025	Día	30	Mes	09	Año	2025

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONTRATISTA INDEPENDIENTE	ASISTENCIAL	CALLE 3 14 35

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
MAGDALENA	FUNDACIÓN	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
3007157385	Día	02	Mes	08	Año	2025	Día	31	Mes	08	Año	2025

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONTRATISTA INDEPENDIENTE	ASISTENCIAL	CALLE 3 14 35

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
MAGDALENA	FUNDACIÓN	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
3007157385	Día	03	Mes	07	Año	2025	Día	31	Mes	07	Año	2025

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONTRATISTA INDEPENDIENTE	ASISTENCIAL	CALLE 3 14 35

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
MAGDALENA	FUNDACIÓN	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
3007157385	Día	01	Mes	04	Año	2025	Día	30	Mes	06	Año	2025

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONTRATISTA INDEPENDIENTE	ASISTENCIAL	CALLE 3 14 35

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
MAGDALENA	FUNDACIÓN	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
54131106	Día	01	Mes	01	Año	2025	Día	31	Mes	03	Año	2025

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONTRATISTA INDEPENDIENTE	ASISTENCIAL	CALLE 3 14 35 PAZ DEL RIO

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL						*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	08	*Año*	2024	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL						*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	07	*Año*	2024	*Día*	30	*Mes*	07	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL						*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	12	*Mes*	04	*Año*	2024	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL						*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	01	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL						*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	11	*Año* 2023	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	10	*Año* 2023	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	08	*Año* 2023	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	06	*Año* 2023	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	04	*Año* 2023	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	05	*Mes*	01	*Año* 2023	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	12	*Año* 2022	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	11	*Año* 2022	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	10	*Año* 2022	*Día*	30	*Mes*	10	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	09	*Año* 2022	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	07	*Año* 2022	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	03	*Mes*	01	*Año* 2022	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	12	*Año* 2021	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	10	*Año* 2021	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	09	*Año* 2021	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	08	*Año* 2021	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	08	*Mes*	04	*Año* 2021	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	12	*Año* 2020	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	03	*Mes*	11	*Año* 2020	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	07	*Año* 2020	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	06	*Mes*	04	*Año* 2020	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	01	*Año* 2020	*Día*	15	*Mes*	03	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	12	*Año* 2019	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	05	*Mes*	11	*Año* 2019	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	07	*Año* 2019	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	04	*Año* 2019	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	02	*Año* 2019	*Día*	28	*Mes*	02	*Año*	2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	11	*Año* 2018	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	03	*Mes*	09	*Año* 2018	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	07	*Año* 2018	*Día*	30	*Mes*	08	*Año*	2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	05	*Año* 2018	*Día*	29	*Mes*	06	*Año*	2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	04	*Año* 2018	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	03	*Año* 2018	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	11	*Año* 2017	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2017	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	09	*Año* 2017	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2017	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	07	*Año* 2017	*Día*	30	*Mes*	08	*Año*	2017	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	03	*Mes*	04	*Año* 2017	*Día*	29	*Mes*	06	*Año*	2017	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	02	*Año* 2017	*Día*	02	*Mes*	04	*Año*	2017	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	11	*Año* 2016	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2016	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	09	*Año* 2016	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2016	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	07	*Año* 2016	*Día*	30	*Mes*	08	*Año*	2016	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	06	*Año* 2016	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2016	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	04	*Año* 2016	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2016	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	02	*Año* 2016	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2016	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	04	*Mes*	01	*Año* 2015	*Día*	18	*Mes*	01	*Año*	2016	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	12	*Año* 2015	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2015	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	03	*Mes*	11	*Año* 2015	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2015	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	08	*Año* 2015	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2015	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	06	*Año* 2015	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2015	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 15						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	05	*Año* 2015	*Día*	30	*Mes*	05	*Año*	2015	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	04	*Año* 2015	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2015	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE null 14 35						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	05	*Mes*	01	*Año* 2015	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2015	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE null 14 35						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	12	*Año* 2014	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2014	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE null 14 35						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	10	*Año* 2014	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2014	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE null 13 45						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	07	*Año* 2014	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2014	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE null 14 35						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	01	*Año* 2014	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE null 14 35					

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

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	11	4
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

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 Fundación Octubre 2026

Shirley Cuetia Olivo

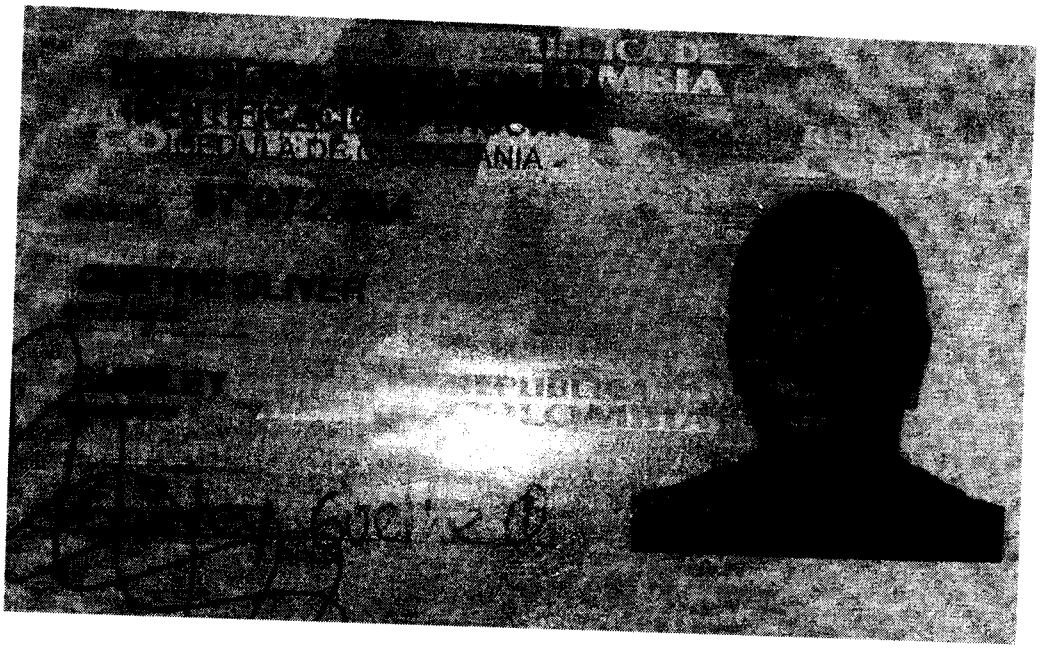
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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




FECHA DE NACIMIENTO 22-AGO-1984
FUNDACION
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
21-ENE-2003 FUNDACION
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ
INDICE DERECHO
P-2103100-51118141-F-0057272044-20030825
01357 03237B 01 137437031



La República de Colombia y en su Nombre

El Liceo Superior Rodrigo de Bastidas

de Barranquilla

Aprobado por la Secretaría de Educación [illegible] según Resolución No. 845 del 28 de Octubre de 1.999

Confiere a:

[illegible]

Identificado con T.I. No. [illegible] de Barranquilla

El Título de:

Bachiller Académico

Con énfasis en Administración

Por cuanto ha [illegible] y aprobado los estudios correspondientes según el Decreto 0230 de Educación Media Académica,

Registrado al folio No. [illegible] del Libro de Registro No. [illegible]

Dado en Barranquilla, a los 7 días del mes de Diciembre del 2000

REPUBLICA DE COLOMBIA

Acta de Grado

LICEO SUPERIOR RODRIGO DE BASTIDAS

Autorizado por la Secretaría de Educación Departamental
Según Resolución No. 945 del 28 de Octubre de 1998
Fundación - Magdalena

En la ciudad de Fundación a los 7 días del mes de Diciembre del año 2.000, se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría del LICEO SUPERIOR RODRIGO DE BASTIDAS DE FUNDACION MAGDALENA modalidad Académica Institución aprobada hasta UNDECIMO GRADO en el nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por la Secretaría de Educación Departamental para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad Académica, según resolución(es) Número(s) 945 del 28 de Octubre de 1998

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el Título de: BACHILLER ACADEMICO CON ENFASIS EN AGROINDUSTRIA al graduando cuyo número de orden, nombre, apellidos y número del documento de identificación se relacionan a continuación:

No.	NOMBRE
8	SHILEY GUETHE OLIVER

DOCUMENTO DE IDENTIDAD 06212

Es fiel copia del Acta original No. 011 de Fecha Diciembre 7 del 2000

que consta de 17 alumnos graduados, comienza con el nombre de JAVIER JOSE BUELVA BARRIOS y se cierra con el nombre de ALEJANDRO JOSE RADA BARRIOS

firmado y sellado por AGAPITO ANTONIO RODRIGUEZ FONTALVO (Rector) y FLORIS GONZALEZ DE RODRIGUEZ (Secretaria).

Dada en Fundación a los 7 días del mes de Diciembre del 2000

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

Firmado y Sellado

AGAPITO ANTONIO RODRIGUEZ FONTALVO
Rector
C.C. No. 5.025.726 Fundación

FLORIS GONZALEZ DE RODRIGUEZ
C.C. No. 26.758.966 Fundación

República de Colombia

Distrito Turístico, Cultural e Histórico de Santa Marta

y en su nombre

La Corporación Bolivariana Del Norte

Personería Jurídica Nº 197 de 1995 Gobernación del Magdalena

Certifica que

[redacted]

CBN

en el Sistema de FUNDACION

Excelencia & Desarrollo

Cumplió con todos los requisitos institucionales para recibir el presente certificado de aptitud ocupacional que lo acredita como técnico en

Auxiliar en Enfermería

Diplomado del Programa 1.800 horas

Expedido en la ciudad de Santa Marta, Departamento del Magdalena, a los 0 días del mes de JULIO del 200 0

en constancia firmamos y sellamos.

Registrado en el Folio Nº 1258 del Libro de Actas Corporativas Bolivarianas del Norte Nº 04

ACTA DE GRADO 04-1252-06

LA SUSCRITA RECTORA DE LA
CORPORACION BOLIVARIANA DEL NORTE

CERTIFICA

Que : El Consejo Directivo en su sesión del día seis (6) de julio del dos mil seis (2006), en cumplimiento de lo establecido en los artículos 42 y 90 de la Ley 115 de 1994 y en el artículo 14 del Decreto 0114 de enero 15 de 1996, y

CONSIDERANDO

Que: SHIRLEY GUETHE OLIVER, identificada con la cédula de ciudadanía número 57.272.044 expedida en Fundación, cumplió con todos Los requisitos exigidos por los acuerdos y reglamentos de la Corporación para la culminación satisfactoria de sus estudios,

RESUELVE

Otorgarle el Certificado de Aptitud Ocupacional como Técnico en:

AUXILIAR EN ENFERMERÍA

En nombre y representación de la Corporación Bolivariana del Norte y previo juramento de rigor en solemne ceremonia de grado, la Rectora hizo entrega del Diploma correspondiente, registrado en libro de Actas de Grado N°. 04, Folio No. 1252.

En testimonio de lo anterior se firma la presente Acta de Grado en el Distrito Turístico Cultural e Histórico de Santa Marta, a los seis (6) días del mes de julio del dos mil seis (2006).

ROSALBA ANTONIO SIMBAQUEVA
Rectora

E.S.E CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO

EL AREA DE TALENTO HUMANO DE LA E.S.E CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO

CERTIFICA:

Revisado los archivos se encontró que la señora: **SHIRLEY GUETHE OLIVER**, identificada con la cedula de ciudadanía No. 57.272.044 de Fundación (mag), presta sus servicios técnicos en esta entidad, mediante **ÓRDENES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

CEDULA	NOMBRE Y APELLIDO	OBJETO DEL CONTRATO	# DEL CONTRATO	FECHA DE INICIO	FECHA FINAL
57.272.044	SHIRLEY GUETHE OLIVER	PRESTACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIARES DE ENFERMERÍA	170	15/01/2014	30/06/2014
57.272.044	SHIRLEY GUETHE OLIVER	PRESTACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIARES DE ENFERMERÍA	365	01/07/2014	30/09/2014
57.272.044	SHIRLEY GUETHE OLIVER	PRESTACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIARES DE ENFERMERÍA	620	01/10/2014	30/11/2014
57.272.044	SHIRLEY GUETHE OLIVER	PRESTACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIARES DE ENFERMERÍA	797	01/12/2014	31/12/2014

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
Proyectó	ANGELICA RESTREPO STARITA	PROFESIONAL UNIVERSITARIA EN LA UNIDAD DE TALENTO HUMANO	
Revisó	ELSA RINCON SIERRA	SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	

Los arriba firmantes declaramos que hemos proyectado y/o revisado el presente documento considerándolo ajustado a las disposiciones legales y técnicas aplicables, por lo tanto, asumiendo la responsabilidad relativa, se presenta para la firma.

Correo electrónico: epazdelrio@gmail.com
Dirección: calle 3 # 14-35 barrio Paz del Rio, Fundación – Magdalena.

57.272.044	SHIRLEY GUETHE OLIVER	PRESTACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIARES DE ENFERMERÍA	90	05/01/2015	31/03/2015
57.272.044	SHIRLEY GUETHE OLIVER	PRESTACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIARES DE ENFERMERÍA	366	01/04/2015	30/04/2015
57.272.044	SHIRLEY GUETHE OLIVER	PRESTACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIARES DE ENFERMERÍA	573	02/05/2015	30/05/2015
57.272.044	SHIRLEY GUETHE OLIVER	PRESTACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIARES DE ENFERMERÍA	789	01/06/2015	31/07/2015
57.272.044	SHIRLEY GUETHE OLIVER	PRESTACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIARES DE ENFERMERÍA	958	01/08/2015	31/10/2015
57.272.044	SHIRLEY GUETHE OLIVER	PRESTACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIARES DE ENFERMERÍA	1.216	03/11/2015	30/11/2015
57.272.044	SHIRLEY GUETHE	PRESTACIÓN DE	1.397	01/12/2015	31/12/2015

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
Proyectó	ANGELICA RESTREPO STARITA	PROFESIONAL UNIVERSITARIA EN LA UNIDAD DE TALENTO HUMANO	
Revisó	ELSA RINCON SIERRA	SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	

Los arriba firmantes declaramos que hemos proyectado y/o revisado el presente documento considerándolo ajustado a las disposiciones legales y técnicas aplicables, por lo tanto, asumiendo la responsabilidad relativa, se presenta para la firma.

	OLIVER	SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIARES DE ENFERMERÍA			
57.272.044	SHIRLEY GUETHE OLIVER	PRESTACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIARES DE ENFERMERÍA	60	04/01/2016	18/01/2016
57.272.044	SHIRLEY GUETHE OLIVER	PRESTACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIARES DE ENFERMERÍA	208	01/02/2016	31/03/2016
57.272.044	SHIRLEY GUETHE OLIVER	PRESTACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIARES DE ENFERMERÍA	471	01/04/2016	31/05/2016
57.272.044	SHIRLEY GUETHE OLIVER	PRESTACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIARES DE ENFERMERÍA	717	01/06/2016	30/06/2016
57.272.044	SHIRLEY GUETHE OLIVER	PRESTACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIARES DE ENFERMERÍA	879	01/07/2016	30/08/2016
57.272.044	SHIRLEY GUETHE OLIVER	PRESTACIÓN DE SERVICIOS	1.193	01/09/2016	31/10/2016

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
Proyectó	ANGELICA RESTREPO STARITA	PROFESIONAL UNIVERSITARIA EN LA UNIDAD DE TALENTO HUMANO	
Revisó	ELSA RINCON SIERRA	SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	

Los arriba firmantes declaramos que hemos proyectado y/o revisado el presente documento considerándolo ajustado a las disposiciones legales y técnicas aplicables, por lo tanto, asumiendo la responsabilidad relativa, se presenta para la firma.

		TÉCNICOS COMO AUXILIARES DE ENFERMERÍA			
57.272.044	SHIRLEY GUETHE OLIVER	PRESTACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIARES DE ENFERMERÍA	1.448	01/11/2016	31/12/2016
57.272.044	SHIRLEY GUETHE OLIVER	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL AREA DE URGENCIAS	126	01/02/2017	02/04/2017
57.272.044	SHIRLEY GUETHE OLIVER	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL AREA DE URGENCIAS	421	03/04/2017	29/06/2017
57.272.044	SHIRLEY GUETHE OLIVER	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL AREA DE URGENCIAS	706	01/07/2017	30/08/2017
57.272.044	SHIRLEY GUETHE OLIVER	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO	938	01/09/2017	31/10/2017

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
Proyectó	ANGELICA RESTREPO STARITA	PROFESIONAL UNIVERSITARIA EN LA UNIDAD DE TALENTO HUMANO	
Revisó	ELSA RINCON SIERRA	SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	

Los arriba firmantes declaramos que hemos proyectado y/o revisado el presente documento considerándolo ajustado a las disposiciones legales y técnicas aplicables, por lo tanto, asumiendo la responsabilidad relativa, se presenta para la firma.

		AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL AREA DE URGENCIAS			
57.272.044	SHIRLEY GUETHE OLIVER	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL AREA DE URGENCIAS	1.186	01/11/2017	31/12/2017
57.272.044	SHIRLEY GUETHE OLIVER	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL AREA DE URGENCIAS	338	01/03/2018	31/03/2018
57.272.044	SHIRLEY GUETHE OLIVER	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL AREA DE URGENCIAS	663	02/04/2018	30/04/2018
57.272.044	SHIRLEY GUETHE OLIVER	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL AREA DE URGENCIAS	873	02/05/2018	29/06/2018

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
Proyectó	ANGELICA RESTREPO STARITA	PROFESIONAL UNIVERSITARIA EN LA UNIDAD DE TALENTO HUMANO	
Revisó	ELSA RINCON SIERRA	SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	

Los arriba firmantes declaramos que hemos proyectado y/o revisado el presente documento considerándolo ajustado a las disposiciones legales y técnicas aplicables, por lo tanto, asumiendo la responsabilidad relativa, se presenta para la firma.

57.272.044	SHIRLEY GUETHE OLIVER	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL AREA DE URGENCIAS	1.071	01/07/2018	30/08/2018
57.272.044	SHIRLEY GUETHE OLIVER	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL AREA DE URGENCIAS	1.355	03/09/2018	31/10/2018
57.272.044	SHIRLEY GUETHE OLIVER	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL AREA DE URGENCIAS	1.612	01/11/2018	31/12/2018
57.272.044	SHIRLEY GUETHE OLIVER	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	100	01/02/2019	28/02/2019
57.272.044	SHIRLEY GUETHE OLIVER	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE	366	01/04/2019	30/06/20219

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
Proyectó	ANGELICA RESTREPO STARITA	PROFESIONAL UNIVERSITARIA EN LA UNIDAD DE TALENTO HUMANO	
Revisó	ELSA RINCON SIERRA	SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	

Los arriba firmantes declaramos que hemos proyectado y/o revisado el presente documento considerándolo ajustado a las disposiciones legales y técnicas aplicables, por lo tanto, asumiendo la responsabilidad relativa, se presenta para la firma.

		ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS			
57.272.044	SHIRLEY GUETHE OLIVER	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	590	02/07/2019	31/10/2019
57.272.044	SHIRLEY GUETHE OLIVER	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	1099	05/11/2019	30/11/2019
57.272.044	SHIRLEY GUETHE OLIVER	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	1373	02/12/2019	31/12/2019
57.272.044	SHIRLEY GUETHE OLIVER	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	80	02/01/2020	28/02/2020

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
Proyectó	ANGELICA RESTREPO STARITA	PROFESIONAL UNIVERSITARIA EN LA UNIDAD DE TALENTO HUMANO	
Revisó	ELSA RINCON SIERRA	SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	

Los arriba firmantes declaramos que hemos proyectado y/o revisado el presente documento considerándolo ajustado a las disposiciones legales y técnicas aplicables, por lo tanto, asumiendo la responsabilidad relativa, se presenta para la firma.

57.272.044	SHIRLEY GUETHE OLIVER	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	OTROSI DEL CONTRATO 80	02/03/2020	15/03/2020
57.272.044	SHIRLEY GUETHE OLIVER	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	485	06/04/2020	30/06/2020
57.272.044	SHIRLEY GUETHE OLIVER	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	790	01/07/2020	30/09/2020
57.272.044	SHIRLEY GUETHE OLIVER	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	OTROSI DEL CONTRATO 790	01/10/2020	31/10/2020
57.272.044	SHIRLEY GUETHE OLIVER	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE	1173	03/11/2020	30/11/2020

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
Proyectó	ANGELICA RESTREPO STARITA	PROFESIONAL UNIVERSITARIA EN LA UNIDAD DEL TALENTO HUMANO	
Revisó	ELSA RINCON SIERRA	SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	

Los arriba firmantes declaramos que hemos proyectado y/o revisado el presente documento considerándolo ajustado a las disposiciones legales y técnicas aplicables, por lo tanto, asumiendo la responsabilidad relativa, se presenta para la firma.

		ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS			
57.272.044	SHIRLEY GUETHE OLIVER	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	1395	01/12/2020	31/12/2020
57.272.044	SHIRLEY GUETHE OLIVER	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	520	08/04/2021	30/06/2021
57.272.044	SHIRLEY GUETHE OLIVER	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	754	02/08/2021	31/08/2021
57.272.044	SHIRLEY GUETHE OLIVER	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	985	01/09/2021	30/09/2021

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
Proyectó	ANGELICA RESTREPO STARITA	PROFESIONAL UNIVERSITARIA EN LA UNIDAD DE TALENTO HUMANO	
Revisó	ELSA RINCON SIERRA	SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	

Los arriba firmantes declaramos que hemos proyectado y/o revisado el presente documento considerándolo ajustado a las disposiciones legales y técnicas aplicables, por lo tanto, asumiendo la responsabilidad relativa, se presenta para la firma.

57.272.044	SHIRLEY GUETHE OLIVER	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	1226	01/10/2021	30/11/2021
57.272.044	SHIRLEY GUETHE OLIVER	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	1397	01/12/2021	31/12/2021
57.272.044	SHIRLEY GUETHE OLIVER	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	23	03/01/2022	30/06/2022
57.272.044	SHIRLEY GUETHE OLIVER	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	406	01/07/2022	31/08/2022
57.272.044	SHIRLEY GUETHE OLIVER	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE	701	01/09/2022	30/09/2022

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
Proyectó	ANGELICA RESTREPO STARITA	PROFESIONAL UNIVERSITARIA EN LA UNIDAD DE TALENTO HUMANO	
Revisó	ELSA RINCON SIERRA	SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	

Los arriba firmantes declaramos que hemos proyectado y/o revisado el presente documento considerándolo ajustado a las disposiciones legales y técnicas aplicables, por lo tanto, asumiendo la responsabilidad relativa, se presenta para la firma.

		ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS			
57.272.044	SHIRLEY GUETHE OLIVER	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	946	01/10/2022	30/10/2022
57.272.044	SHIRLEY GUETHE OLIVER	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	1174	01/11/2022	30/11/2022
57.272.044	SHIRLEY GUETHE OLIVER	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	1388	01/12/2022	31/12/2022
57.272.044	SHIRLEY GUETHE OLIVER	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	15	05/01/2023	31/03/2023

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
Proyectó	ANGELICA RESTREPO STARITA	PROFESIONAL UNIVERSITARIA EN LA UNIDAD DE TALENTO HUMANO	
Revisó	ELSA RINCON SIERRA	SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	

Los arriba firmantes declaramos que hemos proyectado y/o revisado el presente documento considerándolo ajustado a las disposiciones legales y técnicas aplicables, por lo tanto, asumiendo la responsabilidad relativa, se presenta para la firma.

57.272.044	SHIRLEY GUETHE OLIVER	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	327	01/04/2023	31/05/2023
57.272.044	SHIRLEY GUETHE OLIVER	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	611	01/06/2023	31/07/2023
57.272.044	SHIRLEY GUETHE OLIVER	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	957	01/08/2023	30/09/2023
57.272.044	SHIRLEY GUETHE OLIVER	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	1419	02/10/2023	31/10/2023
57.272.044	SHIRLEY GUETHE OLIVER	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE	1747	01/11/2023	31/12/2023

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
Proyectó	ANGELICA RESTREPO STARITA	PROFESIONAL UNIVERSITARIA EN LA UNIDAD DE TALENTO HUMANO	
Revisó	ELSA RINCON SIERRA	SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	

Los arriba firmantes declaramos que hemos proyectado y/o revisado el presente documento considerándolo ajustado a las disposiciones legales y técnicas aplicables, por lo tanto, asumiendo la responsabilidad relativa, se presenta para la firma.

		ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS			
57.272.044	SHIRLEY GUETHE OLIVER	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	18	02/01/2024	31/03/2024
57.272.044	SHIRLEY GUETHE OLIVER	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	368	12/04/2020	30/04/2024
57.272.044	SHIRLEY GUETHE OLIVER	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	696	05/07/2024	30/07/2024
57.272.044	SHIRLEY GUETHE OLIVER	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	919	05/08/2024	30/09/2024

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
Proyectó	ANGELICA RESTREPO STARITA	PROFESIONAL UNIVERSITARIA EN LA UNIDAD DE TALENTO HUMANO	
Revisó	ELSA RINCON SIERRA	SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	

Los arriba firmantes declaramos que hemos proyectado y/o revisado el presente documento considerándolo ajustado a las disposiciones legales y técnicas aplicables, por lo tanto, asumiendo la responsabilidad relativa, se presenta para la firma.

E.S.E CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO

57.272.044	SHIRLEY GUETHE OLIVER	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	1277	01/10/2024	31/12/20204

Para mayor constancia se firma en fundación (mag) a los Doce (12) días del mes de Marzo del 2025

ANGELICA RESTREPO STARITA
PROFESIONAL UNIVERSITARIA
ESE CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
Proyectó	ANGELICA RESTREPO STARITA	PROFESIONAL UNIVERSITARIA EN LA UNIDAD DE TALENTO HUMANO	
Revisó	ELSA RINCON SIERRA	SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	
Los arriba firmantes declaramos que hemos proyectado y/o revisado el presente documento considerándolo ajustado a las disposiciones legales y técnicas aplicables, por lo tanto, asumiendo la responsabilidad relativa, se presenta para la firma.			

Correo electrónico: epazdelrio@gmail.com
Dirección: calle 3 # 14-35 barrio Paz del Rio, Fundación – Magdalena.

ALCALDÍA DE FUNDACIÓN

EL AREA DE TALENTO HUMANO DE LA E.S.E CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO

CERTIFICA:

Revisado los archivos se encontró que la señora: **SHIRLEY GUETHE OLIVER,** identificada con la cedula de ciudadanía No. 57.272.044 de Fundación (mag), presta sus servicios técnicos en esta entidad, mediante **ÓRDENES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

CEDULA	NOMBRE Y APELLIDO	OBJETO DEL CONTRATO	# DEL CONTRATO	FECHA DE INICIO	FECHA FINAL
57.272.044	SHIRLEY GUETHE OLIVER	PRESTACION DE SERVICIOS EN EL NIVEL TECNICO ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE URGENCIA	27	01/01/2025	31/03/2025
57.272.044	SHIRLEY GUETHE OLIVER	PRESTACION DE SERVICIOS EN EL NIVEL TECNICO ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE URGENCIA	299	01/04/2025	31/05/2025
57.272.044	SHIRLEY GUETHE OLIVER	PRESTACION DE SERVICIOS EN EL NIVEL TECNICO ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	OTROSI DEL CONTRATO # 299	03/06/2025	30/06/2025

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
Elaboro y Proyectó	ANGELICA RESTREPO STARITA	PROFESIONAL UNIVERSITARIA EN LA UNIDAD DE TALENTO HUMANO	

EL arriba firmante declara que ha proyectado y/o revisado el presente documento considerándolo ajustado a las disposiciones legales y técnicas aplicables, por lo tanto, asumiendo la responsabilidad relativa, se presenta para la firma.

Correo electrónico: epazdelrio@gmail.com
Dirección: calle 3 # 14-35 barrio Paz del Rio, Fundación – Magdalena.

57.272.044	SHIRLEY GUETHE OLIVER	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	638	03/07/2025	31/07/2025
57.272.044	SHIRLEY GUETHE OLIVER	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	855	02/08/2025	31/08/2025
57.272.044	SHIRLEY GUETHE OLIVER	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	1034	01/09/2025	30/09/2025
57.272.044	SHIRLEY GUETHE OLIVER	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	1248	01/10/2025	31/10/2025
57.272.044	SHIRLEY GUETHE OLIVER	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN	1543	18/11/2025	30/11/2025

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
Elaboro y Proyectó	ANGELICA RESTREPO STARITA	PROFESIONAL UNIVERSITARIA EN LA UNIDAD DE TALENTO HUMANO	
El arriba firmante declara que ha proyectado y/o revisado el presente documento considerándolo ajustado a las disposiciones legales y técnicas aplicables, por lo tanto, asumiendo la responsabilidad relativa, se presenta para la firma.			

		EL SERVICIO DE URGENCIAS			
57.272.044	SHIRLEY GUETHE OLIVER	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	1719	01/12/2025	31/12/2025

Para mayor constancia se firma en fundación (mag) a los Quince (15) días del mes de Enero del 2026.

ANGELICA RESTREPO STARITA
PROFESIONAL UNIVERSITARIA
ESE CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
Elaboro y Proyectó	ANGELICA RESTREPO STARITA	PROFESIONAL UNIVERSITARIA EN LA UNIDAD DE TALENTO HUMANO	
El arriba firmante declara que ha proyectado y/o revisado el presente documento considerándolo ajustado a las disposiciones legales y técnicas aplicables, por lo tanto, asumiendo la responsabilidad relativa, se presenta para la firma.			

ALCALDÍA DE FUNDACIÓN

EL AREA DE TALENTO HUMANO DE LA E.S.E CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO

CERTIFICA:

Revisado los archivos se encontró que la señora: **SHIRLEY GUETHE OLIVER**, identificada con la cedula de ciudadanía No. 57.272.044 de Fundación (mag), presta sus servicios técnicos en esta entidad, mediante **ÓRDENES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

CEDULA	NOMBRE Y APELLIDO	OBJETO DEL CONTRATO	# DEL CONTRATO	FECHA DE INICIO	FECHA FINAL
57.272.044	SHIRLEY GUETHE OLIVER	PRESTACION DE SERVICIOS EN EL NIVEL TECNICO ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE URGENCIA	074	08/01/2026	30/04/2026
57.272.044	SHIRLEY GUETHE OLIVER	PRESTACION DE SERVICIOS EN EL NIVEL TECNICO ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE URGENCIA	OTROSI DEL CONTRATO # 074	28/04/2026	30/05/2026
57.272.044	SHIRLEY GUETHE OLIVER	PRESTACION DE SERVICIOS EN EL NIVEL TECNICO ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE URGENCIA	404	01/06/2026	30/06/2025

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
Elaboro y Proyectó	ANGELICA RESTREPO STARITA	PROFESIONAL UNIVERSITARIA EN LA UNIDAD DE TALENTO HUMANO	

El arriba firmante declara que ha proyectado y/o revisado el presente documento considerándolo ajustado a las disposiciones legales y técnicas aplicables, por lo tanto, asumiendo la responsabilidad relativa, se presenta para la firma.

57.272.044	SHIRLEY GUETHE OLIVER	PRESTACION DE SERVICIOS EN EL NIVEL TECNICO ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE URGENCIA	583	01/07/2026	31/07/2026
57.272.044	SHIRLEY GUETHE OLIVER	PRESTACION DE SERVICIOS EN EL NIVEL TECNICO ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE URGENCIA	861	03/08/2026	31/08/2026

Para mayor constancia se firma en fundación (mag) a los Treinta (30) días del mes de Septiembre del 2026.

ANGELICA RESTREPO STARITA
PROFESIONAL UNIVERSITARIA
ESE CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
Elaboro y Proyectó	ANGELICA RESTREPO STARITA	PROFESIONAL UNIVERSITARIA EN LA UNIDAD DE TALENTO HUMANO	

El arriba firmante declara que ha proyectado y/o revisado el presente documento considerándolo ajustado a las disposiciones legales y técnicas aplicables, por lo tanto, asumiendo la responsabilidad relativa, se presenta para la firma.

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

57272044

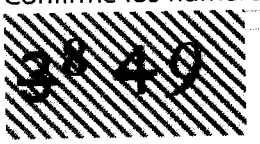
Primer Nombre

SHIRLEY

Primer Apellido

GUETHE

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

5733

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2026-09-26→6:11:17 PM

CC	57272044	SHIRLEY	GUETHE	OLIVER	Vigente	V

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) SHIRLEY GUETHE OLIVER identificado(a) con CC 57272044 registra La siguiente información:

2026-09-26→6:11:17 PM

Información Académica

AUX	Local	AUXILIAR EN ENFERMERIA	2013-04-01	471850	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL MAGDALENA

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

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 303752727

PIB
15:30:01

Bogotá DC, 26 de septiembre del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) SHIRLEY GUETHE OLIVER identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 57272044:

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 Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy sábado 26 de septiembre de 2026, a las 15:30:40, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	57272044
Código de Verificación	57272044260926153040

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 03:32:42 PM horas del 26/09/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **57272044**

Apellidos y Nombres: **GUETHE OLIVER SHIRLEY**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

DIJIN

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

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

[redacted]

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 27/09/2026 02:33:51 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **57272044** y Nombre: **SHIRLEY GUETHE OLIVER.**

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. **148485511** . 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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141281573646

(415)7707212489984(8020) 000014128157364 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 7 2 7 2 0 4 4	8	Impuestos y Aduanas de Santa Marta 1 9	

IDENTIFICACIÓN

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

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Magdalena 4 7	Fundación 2 8 8

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GUETTE	OLIVER	SHIRLEY	

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Fundación 2 8 8

41. Dirección principal: CR 5 16 74

42. Correo electrónico: shirleyguethe2208@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
2 0																									

53. Código 2 0

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros																				Exportadores					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código																						57. Modo			
																						58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI ☐ NO ☐ 60. No. de Folios: 61. Fecha

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre

985. Cargo

DOCUMENTO EN TRAMITE SIN COSTO

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 16:08:22 horas del 26/09/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **57272044,** Apellidos y Nombres **GUETHE OLIVER SHIRLEY**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE PAZ DEL RIO** , con NIT **819002551-7** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

Área de Administración de Información Criminal

ENLACES DE INTERÉS

- Portal web DIJIN
- Consulta Antecedentes Judiciales
- Protección de Datos

SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES

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

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A
NIT 900.226.715 - 3

CERTIFICA:

El suscrito afliado relacionado a continuación se encuentra o ha estado registrado en la EPS, con los siguientes datos:

Tipo y No. de documento:	CC 57272044
Nombres:	SHIRLEY GUETHE OLIVER
Tipo de afiliado:	Cotizante
Fecha de afiliación:	2024-08-01
Estado de afiliación:	Activo
Régimen:	Contributivo
Nivel de contribución:	A
Departamento - Municipio:	MAGDALENA FUNDACION

Tipo de Servicio	IPS
IPS Atención	472880004501 - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO - ESE CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO

OBSERVACIONES:
ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS NO VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.
La anterior certifcación se expide y firma el 2026-09-26 a solicitud del interesado y es válida hasta el 2026-10-26

CARLOS TORRES SALAZAR
DIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

VIGILADO Supersalud

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

SHIRLEY GUETHE OLIVER, identificado(a) con cédula de ciudadanía **57.272.044**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

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

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

GRUPO BICENTENARIO

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

SHIRLEY GUETTE OLIVER identificado con CC. 57272044 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE			
Nombres y/o Razón	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO		
Tipo y Numero de Documento	NI - 819002551		
INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/06/02	**Fecha inicio contrato**	2026/06/01
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2027/01/31
Riesgo	3	**Código actividad económica**	3861001 - Actividades de hospitales y clinicas, con internacion, comprende las actividades que consisten principalmente en
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	2027/01/31	**Estado del contrato**	Activa

Esta certificación se expide a los 27 días del mes de septiembre del 2026.

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

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC27092026N57272044A23068146.** Este código es válido por un mes.

CER_AFI_2026032502992

Cordialmente,

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

RAMO / PRODUCTO	CERTIFICADO	FACTURA	OFICINA MAPFRE	DIRECCION	CIUDAD
272 / 732	0	1	TUNJA	Calle 18 No. 11 - 22 Of. 203	TUNJA
TOMADOR GUETHE OLIVER SHIRLEY		NIT / CC 57272044	DIRECCIÓN KR 5 # 16 - 74	CIUDAD FUNDACION	TELEFONO
ASEGURADO GUETHE OLIVER SHIRLEY		NIT / CC 57272044	DIRECCIÓN KR 5 # 16 - 74	CIUDAD FUNDACION	TELEFONO
ASEGURADO N.D.		NIT / CC N.D.	DIRECCIÓN N.D.	CIUDAD N.D.	TELEFONO
BENEFICIARIO CUALQUIER TERCERO AFECTADO		NIT / CC N.D.	DIRECCIÓN N.D.	CIUDAD N.D.	TELEFONO N.D.

PARTICIPACION DE INTERMEDIARIOS

NOMBRE DEL PRODUCTOR	CLASE	CLAVE	TELEFONO	% PARTICIPACION
NEIRA CEPEDA DANIEL	AGENTE INDEPENDIENTE	12344	3163363005	100,00

INFORMACION DE LA POLIZA

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA POLIZA						VIGENCIA CERTIFICADO					
DÍA	MES	AÑO		HORA	DÍA	MES	AÑO	No. DÍAS		HORA	DÍA	MES	AÑO	No. DÍAS
12	11	2025	INICIACIÓN	00:00	12	11	2025	365	INICIACIÓN	00:00	12	11	2025	365
			TERMINACIÓN	00:00	12	11	2026		TERMINACIÓN	00:00	12	11	2026	

INFORMACION DEL ASEGURADO

ACTIVIDAD	AUXILIAR DE ENFERMERIA
ESPECIALIDAD	AUXILIAR DE ENFERMERIA
DIRECCION DEL RIESGO	
DEPARTAMENTO	MAGDALENA
CIUDAD	FUNDACION

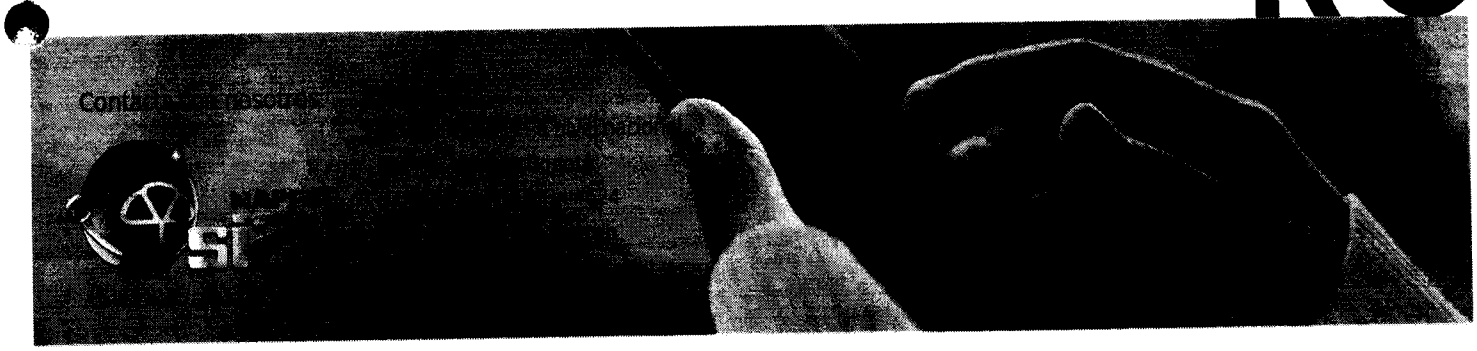


COBERTURAS

COBERTURAS	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE
R.C. actos medicos - Medicos	$100.000.000,00	10 % PERD Min 1000000 (PESOS COLOMBIANOS)
Gastos de defensa	$40.000.000,00	10 % PERD
Responsabilidad Civil acto m. aux o dependiente	$100.000.000,00	10 % PERD Min 1000000 (PESOS COLOMBIANOS)
Asistencia medica emergencia	$100.000.000,00	10 % PERD

Profesionalmente ... Seguro

R+C



GOBERNACIÓN DEL MAGDALENA
SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD
DESARROLLO DE SERVICIOS

RESOLUCION No. 47 1850
"Por la cual se registra un título"
LA SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA
En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994, según facultad otorgada por el Decreto 3134 de 1956 y

CONSIDERANDO:

Que el (la) Señor (a) **SHIRLEY GUETHE OLIVER** identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 57.272.044 expedida en Fundación - Magdalena, solicitó ante esta Secretaría la **AUTORIZACION** para desempeñarse como **TECNICO EN AUXILIAR EN ENFERMERIA** según CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL, otorgado por la **CORPORACION BOLIVARIANA DEL NORTE**, de Santa Marta, según Acta de Grado N° 04-1258-06 del día 8 de julio de 2006 y diploma registrado en el Libro de actas N° 04 en el folio 1258.

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

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a **SHIRLEY GUETHE OLIVER** identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 57.272.044 expedida en Fundación - Magdalena, para desempeñarse como **TECNICO EN AUXILIAR EN ENFERMERIA** en el territorio Nacional e Inscribirlo (a) para laborar en el Departamento.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en Zona Geográfica diferente a donde se Autorizo el Título o Certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del Departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H, en fecha 01 ABR 2013

ZANDRA LUCIA CASTAÑEDA LOPEZ
Secretaria Seccional de Salud de Magdalena

Proyectado y Revisado por: Piedad De la Hoz Orozco – Profesional Universitario.

RESPETO POR EL MAGDALENA

1821

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 57272044 **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 26/09/2026 04:16 PM

Código Verificación: **GX49356AD8**

Válida hasta: **26/12/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

BBVA

Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

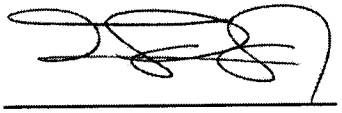
Que nuestro(a) cliente SHIRLEY GUETHE OLIVER, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 57,272,044 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 375276151 aperturada el 16 de enero de 2014 cuenta ACTIVA y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, el 26 de septiembre de 2026.

Para trámites de nómina,legales,internacionales y otros,también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos:	0375276151
Cuenta de 16 dígitos:	0375000200276151
Cuenta de 20 dígitos:	00130375000200276151

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Fundación Magdalena, OCTUBRE 2026

Doctor:
IVAN DE LEON VILLA
GERENTE E.S.E CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO DE FUNDACION MAGDALENA
E. S. D.

REF: PROPUESTA ECONOMICA

De la manera más atenta presento propuesta económica con el fin de **PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS EN EL NIVEL ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA DEL AREA DE URGENCIAS DE LA E.S.E CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO DEL MUNICIPIO DE FUNDACION MAGDALENA.**

Con el objeto que sea tenida en cuenta por la institución de salud y el valor de la propuesta está diseñada para ser ejecutada según lo establecido en los estudios previos.

Igualmente declaro bajo gravedad de juramento que uno que:

1. No encuentro incurso en ninguna casual de inhabilidades e incompatibilidades de las señaladas en el artículo 8 y9 de la ley 80 de 1993 adicionado el artículo 18 de la ley 1150 de 2007.

2. Que no adeudo ninguna multa del estado que me impida contratar (ley 1801 de 2016 articulo 183)

3. Que no he presentado propuestas diferente a la presente

4. Que conoce las especificaciones y demás del contrato de PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS.

5. Que acepta y ha tenido en cuenta todas las condiciones para incumplir con el objeto contractual

6. En cuanto a los 30 días de validez de la propuesta acepto lo estipulado dentro de la CONTRATACION DIRECTA

Atentamente,

Shirley Guethe O.

SHIRLEY GUETHE OLIVER

CC: 57272044

FUNDACION- MAGDALENA

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	PERIODICO	Fecha de publicación	2026-01-26 15:52

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
SHIRLEY		GUETHE	OLIVER

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	57272044

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	FUNDACIÓN

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	FUNDACIÓN

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	CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION

Lugar de sede					
País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	FUNDACIÓN

Dirección	Carrera 5 # 16-74 SAN BERNARDO
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 2024 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	2, 000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$2.000.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$3.200,00

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:

SV SOPORTE VITAL

CERTIFICA

La asistencia de:

Shirley Guethe Oliver

CC No 57.272.044

Profesión

Auxiliar de enfermería

en el Curso de

Atención Integral a Victimas de Violencia Sexual y de Genero

Se certifica que el titular ha acreditado de manera satisfactoria el cumplimiento integral de los requisitos académicos, técnicos, legales y reglamentarios, correspondientes al curso impartido por Soporte Vital Barranquilla S.A.S., identificada con NIT 901370843-7 y matrícula mercantil No. 757302.

El programa fue desarrollado en el marco de la educación para el trabajo y el desarrollo humano, conforme a lo establecido en el artículo 43 de la Ley 115 de 1994, en concordancia con el Decreto Único Reglamentario del Sector Educación (DURSE) y el Acuerdo 056 del Ministerio de Protección Social, así como demás disposiciones legales vigentes aplicables. Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019

Realizado en el municipio de Fundación (Magdalena), el día 14 de septiembre de 2026, con una intensidad horaria de 48 horas. Este certificado tiene una vigencia de (2) dos años a partir de la fecha de su expedición.

Código de Verificación: **SVB- VS0119184**

JUAN DIEGO ARAQUE DIAZ
Gerente General

ARIEL ARAQUE CHAPARRO
Gerente Comercial

Para la verificación de la legalidad de este documento contáctenos a: soportevitalbaq@gmail.com Tel: 3[illegible]

www.svsoportevital.co

SV SOPORTE VITAL

CERTIFICA

La asistencia de:

Shirley Guethe Oliver

CC No 57.272.044

Profesión

Auxiliar de enfermería

en el Curso de

Soporte Vital Básico (SVB)

El contenido académico del curso fue desarrollado con base en las Guías 2025 de la Asociación americana del corazón para Reanimación Cardiopulmonar (RCP) y Atención Cardiovascular de Emergencia (ACE).

Se certifica que el titular ha acreditado de manera satisfactoria el cumplimiento integral de los requisitos académicos, técnicos, legales y reglamentarios, correspondientes al curso impartido por Soporte Vital Barranquilla S.A.S., identificada con NIT 901370843-7 y matrícula mercantil No. 757302.

El programa fue desarrollado en el marco de la educación para el trabajo y el desarrollo humano, conforme a lo establecido en el artículo 43 de la Ley 115 de 1994, en concordancia con el Decreto Único Reglamentario del Sector Educación (DURSE) y el Acuerdo 056 del Ministerio de Protección Social, así como demás disposiciones legales vigentes aplicables. Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019

Realizado en el municipio de Fundación (Magdalena), el día 27 de septiembre de 2026 con una intensidad horaria de 20 horas. Este certificado tiene una vigencia de (2) dos años a partir de la fecha de su expedición.

Código de Verificación: **SVB-BL6603653**

JUAN DIEGO ARAQUE DIAZ
Gerente General

ARIEL RODRIGO ARAQUE CH
Gerente Comercial

Para la verificación de la legalidad de este documento contáctenos a: soportevitalbaq@gmail.com Tel: 3[illegible]

www.svsoportevital.co

SV SOPORTE VITAL

CERTIFICA

La asistencia de:

Shirley Guethe Oliver

CC No 57.272.044

Profesión

Auxiliar de enfermería

en el Curso de

Manejo Integral del Dolor

En los servicios de la salud

Se certifica que el titular ha acreditado de manera satisfactoria el cumplimiento integral de los requisitos académicos, técnicos, legales y reglamentarios, correspondientes al curso impartido por Soporte Vital Barranquilla S.A.S., identificada con NIT 901370843-7 y matrícula mercantil No. 757302.

El programa fue desarrollado en el marco de la educación para el trabajo y el desarrollo humano, conforme a lo establecido en el artículo 43 de la Ley 115 de 1994, en concordancia con el Decreto Único Reglamentario del Sector Educación (DURSE) y el Acuerdo 056 del Ministerio de Protección Social, así como demás disposiciones legales vigentes aplicables. Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019.

Realizado en el municipio de Fundación (Magdalena), el día 22 de septiembre de 2026, con una intensidad horaria de 40 horas.

Código de Verificación: **SVB-MS640303**

JUAN DIEGO ARAQUE DÍAZ
Gerente General

ARIEL ARAQUE CHAPARRO
Gerente Comercial

Para la verificación de la legalidad de este documento contáctenos a: soportevitalbaq@gmail.com Tel: 30[illegible]

www.svsoportevital.co

SV SOPORTE VITAL

CERTIFICA

La asistencia de:

Shirley Guethe Oliver

CC No 57.272.044

Profesión

Auxiliar de enfermería

en el Curso de

Gestión del Duelo

Y apoyo psicosocial

Se certifica que el titular ha acreditado de manera satisfactoria el cumplimiento integral de los requisitos académicos, técnicos, legales y reglamentarios, correspondientes al curso impartido por Soporte Vital Barranquilla S.A.S., identificada con NIT 901370843-7 y matrícula mercantil No. 757302.

El programa fue desarrollado en el marco de la educación para el trabajo y el desarrollo humano, conforme a lo establecido en el artículo 43 de la Ley 115 de 1994, en concordancia con el Decreto Único Reglamentario del Sector Educación (DURSE) y el Acuerdo 056 del Ministerio de Protección Social, así como demás disposiciones legales vigentes aplicables. Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019.

Realizado en el municipio de Fundación (Magdalena), el día 20 de septiembre de 2026, con una intensidad horaria de 20 horas.

Código de Verificación: **SVB- GD1191708**

JUAN DIEGO ARAQUE DIAZ
Gerente General

ARIEL ARAQUE CHAPARRO
Gerente Comercial

Para la verificación de la legalidad de este documento contáctenos a: soportevitalbaq@gmail.com Tel: 3[illegible]

www.svsoportevital.co

SV SOPORTE VITAL

CERTIFICA

La asistencia de:

Shirley Guethe Oliver

CC No 57.272.044

Profesión

Auxiliar de enfermería

en el Curso de

Toma de Muestras

De Laboratorio Clínico

Se certifica que el titular ha acreditado de manera satisfactoria el cumplimiento integral de los requisitos académicos, técnicos, legales y reglamentarios, correspondientes al curso impartido por Soporte Vital Barranquilla S.A.S., identificada con NIT 901370843-7 y matrícula mercantil No. 757302.

El programa fue desarrollado en el marco de la educación para el trabajo y el desarrollo humano, conforme a lo establecido en el artículo 43 de la Ley 115 de 1994, en concordancia con el Decreto Único Reglamentario del Sector Educación (DURSE) y el Acuerdo 056 del Ministerio de Protección Social, así como demás disposiciones legales vigentes aplicables. Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019.

Realizado en el municipio de Fundación (Magdalena), el día 16 de septiembre de 2026 con una intensidad horaria de 20 horas.

Código de Verificación: **SVB-TML189912**

JUAN DIEGO ARAQUE DÍAZ
Gerente general

ARIEL ARAQUE CHAPARRO
Gerente Comercial

SV SOPORTE VITAL

CERTIFICA

La asistencia de:

Shirley Guethe Oliver

CC No 57.272.044

Profesión

Auxiliar de enfermería

en el Curso de

Atención Integral a Víctimas de Ataque con Agentes Químicos

Se certifica que el titular ha acreditado de manera satisfactoria el cumplimiento integral de los requisitos académicos, técnicos, legales y reglamentarios, correspondientes al curso impartido por Soporte Vital Barranquilla S.A.S., identificada con NIT 901370843-7 y matrícula mercantil No. 757302.

El programa fue desarrollado en el marco de la educación para el trabajo y el desarrollo humano, conforme a lo establecido en el artículo 43 de la Ley 115 de 1994, en concordancia con el Decreto Único Reglamentario del Sector Educación (DURSE) y el Acuerdo 056 del Ministerio de Protección Social, así como demás disposiciones legales vigentes aplicables. Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019.

Realizado la ciudad de Fundación (Magdalena), el día 25 de septiembre de 2026 con una intensidad horaria de 48 horas. Este certificado tiene una vigencia de (2) dos años a partir de la fecha de su expedición.

Código de Verificación: **SVB-AQ091462**

Juan Diego Araque Diaz
Gerente General

Ariel Rodrigo Araque Ch
Gerente Comercial

Para la verificación de la legalidad de este documento contáctenos a: soportevitalbaq@gmail.com Tel: 30[illegible]

www.svsoportevital.co

SV SOPORTE VITAL

CERTIFICA

La asistencia de:

Shirley Guethe Oliver

CC No 57.272.044

Profesión

Auxiliar de enfermería

en el Curso de

Humanización

En los Servicios de la Salud, Atención Digna y Trato Humanizado al Usuario

Se certifica que el titular ha acreditado de manera satisfactoria el cumplimiento integral de los requisitos académicos, técnicos, legales y reglamentarios, correspondientes al curso impartido por Soporte Vital Barranquilla S.A.S., identificada con NIT 901370843-7 y matrícula mercantil No. 757302.

El programa fue desarrollado en el marco de la educación para el trabajo y el desarrollo humano, conforme a lo establecido en el artículo 43 de la Ley 115 de 1994, en concordancia con el Decreto Único Reglamentario del Sector Educación (DURSE) y el Acuerdo 056 del Ministerio de Protección Social, así como demás disposiciones legales vigentes aplicables. Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019.

Realizado en el municipio de Fundación (Magdalena), el día 19 de septiembre de 2026 con una intensidad horaria de 20 horas.

Código de Verificación: **SVB-HM257365**

Juan Diego Araque Diaz
Gerente General

Ariel Rodrigo Araque Ch
Gerente Comercial

SV SOPORTE VITAL

CERTIFICA

La asistencia de:

Shirley Guethe Oliver

CC No 57.272.044

Profesión

Auxiliar de enfermería

en el Curso de

Diagnóstico y Manejo Clínico del Dengue

Según lineamientos establecidos por la OMS y el Ministerio de Salud

Se certifica que el titular ha acreditado de manera satisfactoria el cumplimiento integral de los requisitos académicos, técnicos, legales y reglamentarios, correspondientes al curso impartido por Soporte Vital Barranquilla S.A.S., identificada con NIT 901370843-7 y matrícula mercantil No. 757302.

El programa fue desarrollado en el marco de la educación para el trabajo y el desarrollo humano, conforme a lo establecido en el artículo 43 de la Ley 115 de 1994, en concordancia con el Decreto Único Reglamentario del Sector Educación (DURSE) y el Acuerdo 056 del Ministerio de Protección Social, así como demás disposiciones legales vigentes aplicables. Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019

Realizado la ciudad de Fundación (Magdalena), el día 12 de septiembre de 2026 con una intensidad horaria de 20 horas.

Código de Verificación: **DSVB-GD907814**

JUAN DIEGO ARAQUE DÍAZ
Gerente General

ARIEL ARAQUE CHAPARRO
Gerente Comercial

Para la verificación de la legalidad de este documento contáctenos a: soportevitalbaq@gmail.com Tel: 3[illegible]

www.svsoportevital.co

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION

Dirección: CALLE 16 N°5A 46
Teléfono: 54130043
Correo: laboratorio@hospitalsanrafaeldefundacion.gov.co

ORDEN # 20260929091
Fecha de Ingreso 29/09/2026 11:11 AM
Fecha de Validación 29/09/2026 11:19 AM
Fecha de Impresión 29/09/2026 12:48 PM

PACIENTE

GUETHE OLIVER SHIRLEY

Identificación: CC 57272044
Fecha Nacimiento: 22/08/1984
Edad: 42 años, 1 mes, 7 días
Sexo: FEMENINO

Dirección: .
Teléfono: .
Servicio: URGENCIAS
Entidad Prestadora: COOPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL DE LA Z...

HEMATOLOGIA

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	REFERENCIA
HEMOGRAMA TIPO IV			
Técnica: Impedancia Eléctrica + Citometría			
RECUENTO DE LEUCOCITOS	7.52	10^3/uL	4.00 - 10.00
NEUTROFILOS%	67.3	%	50.00 - 70.00
LINFOCITOS%	27.0	%	20.00 - 40.00
MONOCITO%	4.4	%	3.00 - 8.00
EOSINOFILOS%	0.8	%	0.50 - 5.00
BASOFILOS%	0.5	%	0.00 - 1.00
NEUTROFILOS#	↑ 7.76	10^3/uL	2.00 - 7.00
LINFOCITOS#	3.10	10^3/uL	0.80 - 4.00
MONOCITO#	0.50	10^3/uL	0.12 - 0.80
EOSINOFILOS#	0.09	10^3/uL	0.02 - 0.50
BASOFILOS#	0.05	10^3/uL	0.00 - 0.10
RECUENTO DE ERITROCITOS	4.56	10^6/uL	3.50 - 5.00
HEMOGLOBINA	14.4	g/dL	11.00 - 15.00
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	86.4	fL	80.00 - 100.00
HEMATOCRITO	39.3	%	35.00 - 50.00
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	31.5	pg	27.00 - 34.00
CONCENTRACION DE HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	↑ 36.6	g/dL	32.00 - 36.00
ANCHO DE DISTRIBUCION ERITROCITARIA (RDW-SD)	47.2	fL	35.00 - 56.00
INDICE DE DISTRIBUCION DE GLOBULOS ROJOS (RDW-CV)	12.1	%	11.00 - 16.00
RECUENTO PLAQUETARIO	405	10^3/uL	150.00 - 450.00
VOLUMEN MEDIO PLAQUETARIO	9.1	fL	7.00 - 13.00
PLAQUETOCRITO	0.474	%	0.10 - 0.50
ANCHO DE DISTRIBUCION PLAQUETARIO (PDW)	↓ 10.4	fL	15.00 - 18.00
PORCENTAJE DE RELACION PLAQUETARIA (P-LCR)	17.2	%	13.00 - 43.00
PLAQUETAS GRANDES (P-LCC)	90	10^3/uL	13.00 - 129.00



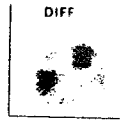
GLOBULOS



PLAQUETAS



BASOFILOS



LEUCOCITOS

MEIDER RODRIGUEZ PADILLA
RP: 19603588
Bacteriólogo
Fecha y hora de validación: 29/09/2026 11:19

QUIMICA

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	REFERENCIA
GLUCOSA EN SUERO, ORINA U OTROS FLUIDOS	81.2	mg/dL	70.20 - 109.80
Técnica: Colorimétrica			

20260929091

"La interpretación clínica de este examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico tratante"
Software: DGLAB

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION

Dirección: CALLE 16 N°5A 46
Teléfono: 54130043
Correo: laboratorio@hospitalsanrafaeldefundacion.gov.co

ORDEN # 20260929091
Fecha de Ingreso 29/09/2026 11:11 AM
Fecha de Validación 29/09/2026 11:19 AM
Fecha de Impresión 29/09/2026 12:48 PM

PACIENTE

GUETHE OLIVER SHIRLEY

Identificación: CC 57272044
Fecha Nacimiento: 22/08/1984
Edad: 42 años, 1 mes, 7 días
Sexo: FEMENINO

Dirección: .
Teléfono: .
Servicio: URGENCIAS
Entidad Prestadora: COOPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL DE LA Z...

QUIMICA

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	REFERENCIA
GONADOTROPINA CORIONICA BETA CUALITATIVA. [BHCG] PRUEBA DE EMBARAZO Técnica: Ensayo Inmunocromatográfico	NEGATIVO A LA FECHA	.	Negativo

MEIDER RODRIGUEZ PADILLA
RP: 19603588
Bacteriólogo
Fecha y hora de validación: 29/09/2026 11:13

UROANALISIS

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	REFERENCIA
UROANALISIS			
COLOR	Amarillo		
ASPECTO	Ligeramente Turbio		
UROBILINOGENO	Normal 0.2	mg/dL	
BILIRRUBINA	Negativo	mg/dL	
CETONAS	Negativo	mg/dL	
SANGRE	Negativo	Ery/ul	
PROTEINAS	Negativo	mg/dL	
NITRITOS	Negativo		
LEUCOCITOS	Negativo	Leu/ul	
DENSIDAD	1.015		
pH	6.0		
CELULAS EPITELIALES	Escasas	XCAP	
LEUCOCITOS	1-3	XCAP	
HEMATIES	0-1	XCAP	
BACTERIAS	+		

MEIDER RODRIGUEZ PADILLA
RP: 19603588
Bacteriólogo
Fecha y hora de validación: 29/09/2026 11:13

20260929091

"La interpretación clínica de este examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico tratante"
Software: DGLAB

CRC
DRA. CELENIA DE LA ROSA CHACON
Esp. Salud Ocupacional
Res.4154 del 2023

CERTIFICADO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Ciudad: Fundación **Fecha:** 04-11-2024 **Tipo de Examen:** Ingreso

Nombre y Apellidos: SHIRLEY GUETHE OLIVER **N° de Identificación:** 57.272.044 **Edad:** 40 AÑOS

Dirección: CRA 5 n 16-74 **Escolaridad:** TECNICO **Sexo:** FEMENINO

Estado Civil: SOLTERA **Celular:** 3007157385

Empresa: E.S.E CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO **Cargo:** AUXILIAR DE ENFERMERIA

EXAMENES REALIZADOS

Osteomuscular.

CONCEPTO

Con recomendaciones, Sin limitaciones y /o restricciones para el cargo

RECOMENDACIONES

Mantener hábitos saludables.
Tener una adecuada higiene del sueño.
Cumplir normas de higiene postura.
Valoración por Nutrición y optometría de EPS.
Uso adecuado de los elementos de protección personal, cumplir con normas de bioseguridad.
Realizar pausas activas de 5 minutos cada 2 horas.
Esquema de vacunación completo y actualizado de acuerdo a reglamentación vigente.

OBSERVACIONES

Ninguno.

Incluir en los siguientes Programas / Actividades: (Exclusivo para diligenciamiento por Medicina (Tener en cuenta los criterios de inclusión establecidos))

	PVE DME	X	Promoción Hábitos y Estilos de Vida Saludables
X	Prevención de Riesgo Psicosocial		Conservación Visual
	Conservación Auditiva	X	Requiere Elementos de Protección Individual
	PVE Radiaciones Ionizantes		PVE Riesgo Químico
	Prevención de Riesgo Biológico		Remisión a EPS:
	Otro, escriba cuál:		

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 del 2007 emanada por el Ministerio de Protección Social, el trabajador, cuyos datos y firma constan en este documento, presenta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgo en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las misma esté a disposición del personal encargado de la vigilancia de salud de su empresa. Los hallazgo fueron consignados en historia clínica ocupacional que desarrolla los contenidos que desarrolla los contenidos establecidos en la resolución 2346 de 2007. Notas: 1. Archive este informe en las hojas de vida del trabajador en el área de talento humano. 2. El contenido de la historia clínica ocupacional tiene carácter confidencial y su custodia esta regulada por la resolución 1918 del 05 de junio de 2009.

CELENIA DE LA ROSA CHACON
Médico Especialista SALUD OCUPACIONAL
RM: 8246
Res. De SO # 4157 del 2023

Firma Del Trabajador. Shirley Guethe O.

Calle 7 No 9-79
Fudacion, Magdalena
celeniadlr@hotmail.com
317-5859250

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 6191b83f-bde3-4a21-8fdb-dc4e7fe1f046

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

Nombres y apellidos / Full name: SHIRLEY GUETHE OLIVER

Tipo de identificación / ID Type: CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number: 57270440

Fecha de nacimiento / Date of birth: 22/08/1994

País nacimiento / Country of birth: COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number: 0

Correo electrónico / e-mail: NOTIENE@CORREO.COM

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación			Laboratorio	Número de Lote	IPS Vacunadora	Nombres y apellidos del vacunador
		Día	Mes	Año				
TD Adulto	Primera	25	08	2017		D2288	FUNDACION E.S.E. CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO	HENRY FERNANDEZ ACOSTA
TdaP Acelular Gestante	Anual	26	09	2017		AC37B252AA	FUNDACION E.S.E. CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO	RICHAR SIERRA ANDRADE
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	19	05	2020		V50220006	FUNDACION E.S.E. CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO	MARICELA ANAYA BOCANEGRA
COVID SINOVAC	Primera	01	03	2021		A2021010044	FUNDACION E.S.E. CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO	ELVIS MARIA BARRIOS MARTINEZ
COVID SINOVAC	Segunda	29	03	2021		E202102012	FUNDACION E.S.E. CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO	ELVIS MARIA BARRIOS MARTINEZ
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	25	04	2024	Green Cross	V50524001	FUNDACION E.S.E. CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO	ELVIS MARIA BARRIOS MARTINEZ - CC1082901554 - ACTIVO
Hepatitis B Adultos Particular	Primera	27	06	2024		220501223A	FUNDACION IPS NATALIS SAS, PERINATOLOGIA, DIAGN	JORGE LARA
Fiebre Amarilla	Única	05	05	2025	Bio-Manguinhos/FIOCRUZ	23F0030	FUNDACION E.S.E. CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO	ELVIS MARIA BARRIOS MARTINEZ - CC1082901554 - ACTIVO
Sarampión Rubéola	Adicional	05	05	2025	Serum	0094W002	FUNDACION E.S.E. CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO	ELVIS MARIA BARRIOS MARTINEZ - CC1082901554 - ACTIVO
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	30	04	2026	GC BIOPHARMA CORP	V50526002	FUNDACION E.S.E. CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO	ELVIS MARIA BARRIOS MARTINEZ - CC1082901554 - ACTIVO

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

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

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

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

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the informatión 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.