	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, Maricela Amaya identificado (a) con Cédula No. 39046431 y Profesión Auxiliar En Enfermería 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: Maricela Amaya

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)			✓
Certificado 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) https://www.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth?opcionDestino=LEY2013	✓		
Curso Guía De Atencion Integral Para Victimas 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)			✓
Hemograma, Glicemia, Parcial de Orina	✓		
Examen Ocupacional	✓		
Perfil Lipidico, 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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
ANAYA	BOCANEGRA	MARICELA ISABEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 39046431	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 25 MES 05 AÑO 1978	MZ 3 CASA 15 CASA SHADAI			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	MAGDALENA
DEPTO	MAGDALENA	MUNICIPIO	FUNDACIÓN		
MUNICIPIO	FUNDACIÓN	TELÉFONO	3016109095	EMAIL	maricelaanayabocanegra@gmail.

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	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).

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)

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
CORPORACIÓN TENCINA DEL NORTE	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	1860	X		AUXILIAR EN ENFERMERIA	12	2011

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 4131155	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	01	*Mes*	12	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATSISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 4131155	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	01	*Mes*	11	*Año*	2025	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATSISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 4131155	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	10	*Año* 2025	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATSISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 4131155	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	09	*Año* 2025	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATSISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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*	08	*Año* 2025	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATSISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 4131155	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	03	*Mes*	07	*Año* 2025	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATSISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 4131155	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	03	*Mes*	06	*Año* 2025	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATSISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 4131155	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	04	*Año* 2025	*Día*	30	*Mes*	05	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATSISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 4131155	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	15	*Mes*	01	*Año* 2025	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATSISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 4131155	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	10	*Año* 2024	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATSISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 4131155	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	05	*Mes*	08	*Año* 2024	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATSISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 4131155	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	05	*Mes*	07	*Año* 2024	*Día*	30	*Mes*	07	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATSISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 35						

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					
4131155	Día	08	Mes	05	Año	2024	Día	30	Mes	06	Año	2024

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONTRATSISTA	AREA DE VACUNACION	CALLE 3 14 null 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					
4131155	Día	05	Mes	04	Año	2024	Día	30	Mes	04	Año	2024

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONTRATSISTA	AREA DE VACUNACION	CALLE 3 14 null 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					
4131155	Día	02	Mes	01	Año	2024	Día	31	Mes	03	Año	2024

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONTRATSISTA	AREA DE VACUNACION	CALLE 3 14 null 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					
4131155	Día	01	Mes	12	Año	2023	Día	31	Mes	12	Año	2023

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONTRATSISTA	AREA DE VACUNACION	CALLE 3 14 null 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					
4131155	Día	01	Mes	11	Año	2023	Día	30	Mes	11	Año	2023

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONTRATSISTA	AREA DE VACUNACION	CALLE 3 14 null 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 4131155	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	10	*Año* 2023	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATSISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 4131155	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	08	*Año* 2023	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATSISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 4131155	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	06	*Año* 2023	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATSISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 4131155	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	04	*Año* 2023	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATSISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 4131155	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	05	*Mes*	01	*Año* 2023	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATSISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 4131155	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	12	*Año* 2022	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATSISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 4131155	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	11	*Año* 2022	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATSISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 4131155	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	10	*Año* 2022	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATSISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 4131155	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	09	*Año* 2022	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATSISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 4131155	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	07	*Año* 2022	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATSISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 4131155	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	03	*Mes*	01	*Año* 2022	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATSISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 4131155	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	12	*Año* 2021	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATSISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 4131155	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	10	*Año* 2021	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATSISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 4131155	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	09	*Año* 2021	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATSISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 4131155	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	08	*Año* 2021	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATSISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 4131155	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	04	*Año* 2021	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATSISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 4131155	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	07	*Mes*	01	*Año* 2021	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATSISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 4131155	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	12	*Año* 2020	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATSISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 4131155	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	03	*Mes*	11	*Año* 2020	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATSISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 4131155	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	10	*Año* 2020	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATSISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 4131155	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	2020	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATSISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION						*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 4131155	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2020	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATSISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION						*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 4131155	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	03	*Año*	2020	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATSISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION						*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 4131105	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	01	*Año*	2020	*Día*	28	*Mes*	02	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION						*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 4131105	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	12	*Año*	2019	*Día*	20	*Mes*	12	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATSITAS	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION						*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 4131105	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	11	*Año*	2019	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATSISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION						*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 4131105	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	07	*Año*	2019	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATSISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION						*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 4131105	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2019	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATSISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION						*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 4131105	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	01	*Año*	2019	*Día*	30	*Mes*	03	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATSISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION						*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 4131105	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	11	*Año*	2018	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATSISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION						*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 4131105	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	09	*Año*	2018	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATSISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION						*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 4131105	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	2018	*Día*	30	*Mes*	08	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATSISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION						*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 4131105	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	05	*Año*	2018	*Día*	29	*Mes*	06	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATSISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION						*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 4131105	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	04	*Año*	2018	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATSISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION						*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 4131105	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	01	*Año*	2018	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATSISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION						*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 4131105	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	11	*Año* 2017	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2017	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATSISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 4131105	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	09	*Año* 2017	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2017	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATSISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 4131105	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	07	*Año* 2017	*Día*	30	*Mes*	08	*Año*	2017	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATSISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 4131105	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	03	*Mes*	04	*Año* 2017	*Día*	29	*Mes*	06	*Año*	2017	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATSISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 4131105	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	02	*Año* 2017	*Día*	28	*Mes*	02	*Año*	2017	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATSISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 4131105	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	03	*Mes*	01	*Año* 2017	*Día*	31	*Mes*	01	*Año*	2017	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATSISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 4131105	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	11	*Año* 2016	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2016	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATSISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 4131105	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	09	*Año* 2016	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2016	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATSISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 4131105	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	07	*Año* 2016	*Día*	30	*Mes*	08	*Año*	2016	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATSISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 CONTRATSISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION					*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 4131105	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2016	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATSISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION						*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 4131105	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	02	*Año*	2016	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATSISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION						*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 4131105	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	01	*Año*	2016	*Día*	31	*Mes*	01	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATSISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION						*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 4131105	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	12	*Año*	2015	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATSISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION						*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 4131105	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	11	*Año*	2015	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATSISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION						*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 4131105	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	08	*Año*	2015	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATSISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION						*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 4131105	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	06	*Año*	2015	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATSISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION						*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 4131105	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	05	*Año*	2015	*Día*	30	*Mes*	05	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATSISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION						*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 4131105	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2015	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATSISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION						*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 4131105	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	01	*Año*	2015	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATSISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION						*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 4131105	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	12	*Año*	2014	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATSISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION						*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 4131105	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2014	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATSISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION						*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 4131105	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	2014	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATSISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION						*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 4131105	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	01	*Año*	2014	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATSISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION						*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 4131105	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	12	*Año*	2013	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATSISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION						*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 4131105	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2013	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATSISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION						*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 4131105	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	07	*Año*	2013	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATSISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION						*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 4131105	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2013	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATSISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION						*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 3016109095	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	02	*Año*	2013	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTAA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION						*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 4131105	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	01	*Año*	2013	*Día*	23	*Mes*	01	*Año*	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATSISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION						*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 4131105	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2012	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2012
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATSISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION						*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 4131105	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	07	*Año*	2012	*Día*	01	*Mes*	10	*Año*	2012
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION						*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 4131105	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	03	*Año*	2012	*Día*	29	*Mes*	06	*Año*	2012
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATSITAS	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION						*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 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 4131105	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	01	*Año*	2012	*Día*	28	*Mes*	02	*Año*	2012
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION						*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 4131105	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	27	*Mes*	11	*Año*	2011	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2011
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* OFICINA PAI						*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null 35					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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	12	10
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	7
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO X ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E 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 29-09-2026

Mariela Anaya

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **39.046.431**

ANAYA BOCANEGRA

APELLIDOS

MARICELA ISABEL

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **25-MAY-1978**

FUNDACION
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA **A+** G.S. RH **F** SEXO

20-JUN-1997 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION



LA REPUBLICA DE COLOMBIA Y EN SU NOMBRE

El

Colegio Distrital de Bachillerato Nocturno
Libertador Cajamag

DE SANTA MARTA - MAGDALENA

Aprobado por resolución 662 de 24 Noviembre de 1999
de la Secretaría de Educación Distrital

CONFIERE A:

MARICELA ISABEL ANAYA BOCANEGRA

Identificado con C.C. No. 39.046.431 de STA. MTA.

El Titulo de

Bachiller Académico

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

Máximo Jiménez De la Rosa
c.c. 12.532.831 de Sta. Mta.
Rector

COLEGIO DE BACHILLERATO NOCTURNO LIBERTADOR CAJAMAG

Deisy Guerrero Hernández
c.c. 36.545.582 de Sta. Mta.
Secretaria

Libro ..... *Folio* ..... *Acta 04 Año 2000*

Dado en Santa Marta a los 23 días del mes de Diciembre del 2000

COLEGIO DISTRITAL DE BACHILLERATO NOCTURNO
LIBERTADOR - CAJAMAG

En la ciudad de SANTA MARTA a los 23 días de DICIEMBRE de 2000 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del Undécimo grado, el rector(a) y secretario(a) del plantel **Colegio Distrital de Bachillerato Nocturno Libertador-CAJAMAG** aprobado por resolución 662 de 24 de Noviembre de 1999 de la Secretaría de Ed. Distrital y autorizado por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el título de Bachiller en la Modalidad **ACADEMICA** correspondiente al Nivel de Educación Media.

Comprobada la situación legal y académica a cada uno de los estudiantes, se procedió a otorgar el título de

BACHILLER ACADEMICO

Al graduando, cuyo número de orden, apellidos, nombres y números del documento de identificación se relacionan a continuación

NUMERO	APELLIDOS	NOMBRES
002	ANAYA BOCANEGRA	MARICELA ISABEL

Documento de identidad **C.C. No. 39.046.431** de **Santa Marta - Magdalena**

Es fiel copia tomada del Acta original No 0 4 de fecha 23 de Diciembre de 2000 que consta de 1 5 0 alumnos graduados, comienza con los apellidos y nombres de **AGUIRRE GALLARDO SORAIDA ESTHER** se cierra con los apellidos y nombres de **ZÚÑIGA GUARNIZO IRADIA PATRICIA**

firmado por **MÁXIMO JIMÉNEZ DE LA ROSA** Rector (a)

y **DEISY GUERRERO HERNÁNDEZ** Secretario (a)

Dado en Santa Marta a 23 de Diciembre de 2000

MÁXIMO JIMENEZ DE LA ROSA
C.C. 12.532.831 de Santa Marta
RECTOR

DEISY GUERRERO HERNÁNDEZ
C.C. 36.545.582 de Santa Marta
SECRETARIA

Y EN SU NOMBRE LA
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEPARTAMENTAL DEL MAGDALENA A LA:

CORPORACIÓN TÉCNICA DEL NORTE

FORMACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Con licencia de funcionamiento segun resolución No. 494 del 27 de julio de 2010 y con registro del programa No. 494-9 del 18 de julio 2011, emanada de la Secretaria de Educación Departamental del Magdalena y Acuerdo No. 0108 del 16 de junio de 2011 de la comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud.

CONFIERE EL CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS COMO TÉCNICO LABORAL EN

AUXILIAR EN ENFERMERIA

A:

MARICELA ISABEL ANAYA BOCANEGRA

Identificado(a) con la CC número 39046431 expedida en Santa Marta Magdalena

Por haber cursado y aprobado el programa de aptitud ocupacional por competencias como técnico laboral en Auxiliar en Enfermería con una intensidad de 1860 horas.

Expedida en Fundación, Departamento del Magdalena, a los Diez días del mes de Diciembre de 2011. En constancia firmamos y sellamos

Manuel Santo domingo Pereira	Alcides Varela Suarez	Heiner Gómez Villarreal
Director	Coordinador Académico	Jefe de Registro y Control

COTECNOR CORPORACION TECNICA DEL NORTE COTECNOR CORPORACION

Autorizado según
Resolución 001 de enero del 2003
ampliado según
Resolución 458 del 9 de octubre del 2007
de la Secretaria del Desarrollo
de la educación Departamental

FUNDACION-MAGDALENA

Acta de Grado

El día Diez (10) de Diciembre de Dos Mil Once (2011), en la ciudad de Fundación Departamento de Magdalena se reunió la directiva de la **CORPORACIÓN TÉCNICA DEL NORTE COTECNOR**, Institución de Formación para el Trabajo y el Desarrollo Humano con el fin de dar cumplimiento a la ceremonia de graduación de los estudiantes que cursaron el programa de APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS COMO TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA.

El acto estuvo presidido por el Licenciado **MANUEL SANTODOMINGO PEREIRA** Director de COTECNOR acompañado por docentes y algunas personalidades.

Una vez declarada abierta la sesión y leída el acta ante el auditorio y teniendo en cuenta que el (la) estudiante

MARICELA ISABEL AMAYA BOCANEGRA
Identificado (a) con la CC No 39046431 expedida en Santa Marta Magdalena.

Curso y aprobó todos los estudios programados por el Centro Educativo y cumplió con las exigencias legales y reglamentarias, le confiere el certificado de:

APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS COMO TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA

Acto seguido se tomo al graduado el juramento, se procedió a la entrega del diploma y se levanto la sesión.

En testimonio de lo anterior se firma la presente ACTA DE GRADO en la ciudad de Fundación (Magdalena) a los Diez (10) días del mes Diciembre de 2011.

Lic. Manuel Santodomingo P.
Director COTECNOR

Alcides Varela Suarez
Coordinador Académico

Libro de Registro No. 01 Folio No. 01 Acta No. 001

Libertad y orden
RÉPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento del Decreto 1072 de 2015

otorga

Certificado de Competencia Laboral a

MARICELA ISABEL ANAYA BOCANEGRA

Con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 39046431

Quien demostró su Competencia Laboral en la

Norma

Administrar inmunobiológicos según delegación y normativa de salud - NIVEL AVANZADO

Código: 230101257 - Versión: 2

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en SANTA MARTA, A los treinta y uno (31) días del mes de Mayo de dos mil veinticuatro (2024)

Firmado Digitalmente por

189782 - 31/05/2024
No. Y FECHA REGISTRO

JULIO RAFAEL DE JESUS DEL CASTILLO LOZANO
Subdirector CENTRO DE LOGISTICA Y PROMOCIÓN ECOTURÍSTICA DEL MAGDALENA
REGIONAL MAGDALENA

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web https://certificados.senasofiaplus.edu.co/ bajo el número 9.52000365E+25

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: **MARICELA ISABEL ANAYA BOCANEGRA**, identificada con la cedula de ciudadanía No. 39.046.431 de Santa marta (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
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS DEL PERSONAL DE APOYO EN EL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PAI EN ZONA URBANA Y RURAL	220	15/01/2025	31/03/2025
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS DEL PERSONAL DE APOYO EN EL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PAI EN ZONA URBANA Y RURAL	451	01/04/2025	30/05/2025
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS DEL PERSONAL DE APOYO EN EL	OTROSI DEL CONTRATO 451	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.

		PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PAI EN ZONA URBANA Y RURAL			
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS DEL PERSONAL DE APOYO EN EL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PAI EN ZONA URBANA Y RURAL	674	03/07/2025	31/07/2025
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS DEL PERSONAL DE APOYO EN EL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PAI EN ZONA URBANA Y RURAL	901	04/08/2025	31/08/2025
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS DEL PERSONAL DE APOYO EN EL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PAI EN ZONA URBANA Y RURAL	1075	01/09/2025	30/09/2025
39.046.431	MARICELA	PRESTACION DE	1288	01/10/2025	31/10/2025

	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.

	ANAYA BOCANEGRA	SERVICIOS DEL PERSONAL DE APOYO EN EL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PAI EN ZONA URBANA Y RURAL			
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS DEL PERSONAL DE APOYO EN EL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PAI EN ZONA URBANA Y RURAL	1441	01/11/2025	30/11/2025
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS DEL PERSONAL DE APOYO EN EL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PAI EN ZONA URBANA Y RURAL	1626	01/12/2025	31/12/2025

	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.			

Para mayor constancia se firma en fundación (mag) a los Siete (07) 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.

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: **MARICELA ISABEL ANAYA BOCANEGRA**, identificada con la cedula de ciudadania No. 39.046.431 de Santa marta (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
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	708	27/11/2011	31/12/2011
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	4	02/01/2012	28/02/2012
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	145	01/03/2012	29/06/2012
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	390	03/07/2012	01/10/2012

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

Los arriba firmantes declaramos que hemos proyectado y/o revisado el presente documento considerandolo ajustado a las disposiciones legales y tecnicas 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.

39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	559	01/10/2012	30/11/2012
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ACTIVIDADES EXTRAMURALES	108	02/01/2013	23/01/2013
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ACTIVIDADES EXTRAMURALES	169	01/02/2013	31/03/2013
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ACTIVIDADES EXTRAMURALES	328	01/04/2013	30/06/2013
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ACTIVIDADES EXTRAMURALES	564	02/07/2013	30/09/2013
39.046.431	MARICELA ANAYA	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO	887	01/10/2013	30/11/2013

	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.

	BOCANEGRA	AUXILIAR DE ACTIVIDADES EXTRAMURALES			
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ACTIVIDADES EXTRAMURALES	1.089	02/12/2013	31/12/2013
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ACTIVIDADES EXTRAMURALES	87	02/01/2014	30/06/2014
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ACTIVIDADES EXTRAMURALES	378	01/07/2014	30/09/2014
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ACTIVIDADES EXTRAMURALES	641	01/10/2014	30/11/2014
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ACTIVIDADES	818	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

		EXTRAMURALES			
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ACTIVIDADES EXTRAMURALES	117	05/01/2015	31/03/2015
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ACTIVIDADES EXTRAMURALES	395	01/04/2015	30/04/2015
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ACTIVIDADES EXTRAMURALES	601	02/05/2015	30/05/2015
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ACTIVIDADES EXTRAMURALES	821	01/06/2015	31/07/2015
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ACTIVIDADES EXTRAMURALES	992	01/08/2015	31/10/2015

	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 considerandolo ajustado a las disposiciones legales y técnicas aplicables, por lo tanto, asumiendo la responsabilidad relativa, se presenta para la firma

39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ACTIVIDADES EXTRAMURALES	1.242	03/11/2015	30/11/2015
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ACTIVIDADES EXTRAMURALES	1.426	01/12/2015	31/12/2015
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ACTIVIDADES EXTRAMURALES	6	04/01/2016	31/01/2016
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ACTIVIDADES EXTRAMURALES	234	01/02/2016	31/03/2016
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ACTIVIDADES EXTRAMURALES	506	01/04/2016	31/05/2016
39.046.431	MARICELA ANAYA	PRESTACION DE SERVICIOS	750	01/06/2016	30/06/2016

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
Proyectó	ANGELICA RESTREPO STARITA	PROFESIONAL UNIVERSITARIA EN LA UNIDAD DE TALENTO HUMANO	
Reviso	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 tecnicas aplicables, por lo tanto, asumiendo la responsabilidad relativa, se presenta para la firma

	BOCANEGRA	TECNICOS COMO AUXILIAR DE ACTIVIDADES EXTRAMURALES			
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ACTIVIDADES EXTRAMURALES	891	01/07/2016	30/08/2016
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ACTIVIDADES EXTRAMURALES	1.222	01/09/2016	31/10/2016
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ACTIVIDADES EXTRAMURALES	1.484	01/11/2016	31/12/2016
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ACTIVIDADES EXTRAMURALES	28	03/01/2017	31/01/2017
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE	232	01/02/2017	28/02/2017

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
Proyecto	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 considerandolo ajustado a las disposiciones legales y tecnicas aplicables, por lo tanto asumiendo la responsabilidad relativa, se presenta para la firma

		ACTIVIDADES EXTRAMURALES			
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ACTIVIDADES EXTRAMURALES	492	03/04/2017	29/06/2017
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ACTIVIDADES EXTRAMURALES	739	01/07/2017	30/08/2017
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ACTIVIDADES EXTRAMURALES	972	01/09/2017	31/10/2017
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ACTIVIDADES EXTRAMURALES	1.218	01/11/2017	31/12/2017
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ACTIVIDADES	36	02/01/2018	31/03/2018

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
Proyecto	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.

		EXTRAMURALES			
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ACTIVIDADES EXTRAMURALES	694	02/04/2018	30/04/2018
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ACTIVIDADES EXTRAMURALES	900	02/05/2018	29/06/2018
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ACTIVIDADES EXTRAMURALES	1.210	01/07/2018	30/08/2018
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ACTIVIDADES EXTRAMURALES	1.415	03/09/2018	31/10/2018
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ACTIVIDADES EXTRAMURALES	1.651	01/11/2018	31/12/2018

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

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

39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS EN EL NIVEL TECNICO ASISTENCIAL COMO AUXILIAR ACTIVIDADES EXTRAMURALES PAI	164	02/01/2019	30/03/2019
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS EN EL NIVEL TECNICO ASISTENCIAL COMO AUXILIAR ACTIVIDADES EXTRAMURALES PAI	394	01/04/2019	30/06/2019
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS EN EL NIVEL TECNICO ASISTENCIAL COMO AUXILIAR ACTIVIDADES EXTRAMURALES PAI	773	02/07/2019	31/10/2019
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS EN EL NIVEL TECNICO ASISTENCIAL COMO AUXILIAR ACTIVIDADES EXTRAMURALES PAI	1123	05/11/2019	30/11/2019
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS EN EL NIVEL TECNICO ASISTENCIAL COMO	1398	02/12/2019	20/12/2019

	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 ACTIVIDADES EXTRAMURALES PAI			
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS EN EL NIVEL TECNICO ASISTENCIAL COMO AUXILIAR ACTIVIDADES EXTRAMURALES PAI	101	02/01/2020	28/02/2020
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS EN EL NIVEL TECNICO ASISTENCIAL COMO AUXILIAR ACTIVIDADES EXTRAMURALES PAI	OTROSI DEL CONTRATO 101	02/03/2020	31/03/2020
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS EN EL NIVEL TECNICO ASISTENCIAL COMO AUXILIAR ACTIVIDADES EXTRAMURALES PAI	502	01/04/2020	30/06/2020
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS EN EL NIVEL TECNICO ASISTENCIAL COMO AUXILIAR ACTIVIDADES EXTRAMURALES PAI	805	01/07/2020	30/09/2020

	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.

39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS EN EL NIVEL TECNICO ASISTENCIAL COMO AUXILIAR ACTIVIDADES EXTRAMURALES PAI	OTROSI DEL CONTRATO 805	01/10/2020	31/10/2020
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS EN EL NIVEL TECNICO ASISTENCIAL COMO AUXILIAR ACTIVIDADES EXTRAMURALES PAI	1188	03/11/2020	30/11/2020
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS EN EL NIVEL TECNICO ASISTENCIAL COMO AUXILIAR ACTIVIDADES EXTRAMURALES PAI	1409	01/12/2020	31/12/2020
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS EN EL NIVEL TECNICO ASISTENCIAL COMO AUXILIAR ACTIVIDADES EXTRAMURALES PAI	104	07/01/2021	31/03/2021
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS EN EL NIVEL TECNICO ASISTENCIAL COMO	437	01/04/2021	31/07/2021

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
Proyecto	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 tecnicas aplicables, por lo tanto, asumiendo la responsabilidad relativa, se presenta para la firma.

		AUXILIAR ACTIVIDADES EXTRAMURALES PAI			
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS EN EL NIVEL TECNICO ASISTENCIAL COMO AUXILIAR ACTIVIDADES EXTRAMURALES PAI	773	02/08/2021	31/08/2021
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS EN EL NIVEL TECNICO ASISTENCIAL COMO AUXILIAR ACTIVIDADES EXTRAMURALES PAI	1001	01/09/2021	30/09/2021
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS EN EL NIVEL TECNICO ASISTENCIAL COMO AUXILIAR ACTIVIDADES EXTRAMURALES PAI	1244	01/10/2021	30/11/2021
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS EN EL NIVEL TECNICO ASISTENCIAL COMO AUXILIAR ACTIVIDADES EXTRAMURALES PAI	1416	01/12/2021	31/12/2021

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

39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS EN EL NIVEL TECNICO ASISTENCIAL COMO AUXILIAR ACTIVIDADES EXTRAMURALES PAI	38	03/01/2022	30/06/2022
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS EN EL NIVEL TECNICO ASISTENCIAL COMO AUXILIAR ACTIVIDADES EXTRAMURALES PAI	426	01/07/2022	31/08/2022
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS EN EL NIVEL TECNICO ASISTENCIAL COMO AUXILIAR ACTIVIDADES EXTRAMURALES PAI	737	01/09/2022	30/09/2022
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS EN EL NIVEL TECNICO ASISTENCIAL COMO AUXILIAR ACTIVIDADES EXTRAMURALES PAI	985	01/10/2022	31/10/2022
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS EN EL NIVEL TECNICO ASISTENCIAL COMO	1208	01/11/2022	30/11/2022

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

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

		AUXILIAR ACTIVIDADES EXTRAMURALES PAI			
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR ACTIVIDADES EXTRAMURALES DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PAI EN ZONA URBANA Y RURAL DEL MUNICIPIO DE FUNDACION	1415	01/12/2022	31/12/2022
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR ACTIVIDADES EXTRAMURALES DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PAI EN ZONA URBANA Y RURAL DEL MUNICIPIO DE FUNDACION	36	05/01/2023	31/03/2023
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR	363	01/04/2023	31/05/2023

	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 considerandolo ajustado a las disposiciones legales y tecnicas aplicables, por lo tanto, asumiendo la responsabilidad relativa, se presenta para la firma

		ACTIVIDADES EXTRAMURALES DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PAI EN ZONA URBANA Y RURAL DEL MUNICIPIO DE FUNDACION			
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR ACTIVIDADES EXTRAMURALES DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PAI EN ZONA URBANA Y RURAL DEL MUNICIPIO DE FUNDACION	653	01/06/2023	31/07/2023
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR ACTIVIDADES EXTRAMURALES DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PAI EN ZONA URBANA Y RURAL DEL MUNICIPIO DE	996	01/08/2023	30/09/2023

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
Proyecto	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 considerandolo ajustado a las disposiciones legales y tecnicas aplicables, por lo tanto, asumiendo la responsabilidad relativa, se presenta para la firma

		FUNDACION			
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR ACTIVIDADES EXTRAMURALES DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PAI EN ZONA URBANA Y RURAL DEL MUNICIPIO DE FUNDACION	1450	02/10/2023	31/10/2023
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR ACTIVIDADES EXTRAMURALES DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PAI EN ZONA URBANA Y RURAL DEL MUNICIPIO DE FUNDACION	1774	01/11/2023	30/11/2023
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR ACTIVIDADES EXTRAMURALES	1956	01/12/2023	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

		DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PAI EN ZONA URBANA Y RURAL DEL MUNICIPIO DE FUNDACION			
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR ACTIVIDADES EXTRAMURALES DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PAI EN ZONA URBANA Y RURAL DEL MUNICIPIO DE FUNDACION	39	02/01/2024	31/03/2024
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR ACTIVIDADES EXTRAMURALES DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PAI EN ZONA URBANA Y RURAL DEL MUNICIPIO DE FUNDACION	334	05/04/2024	30/04/2024

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
Proyecto	ANGELICA RESTREPO STARITA	PROFESIONAL UNIVERSITARIA EN LA UNIDAD DE TALENTO HUMANO	
Reviso	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

39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR ACTIVIDADES EXTRAMURALES DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PAI EN ZONA URBANA Y RURAL DEL MUNICIPIO DE FUNDACION	553	08/05/2024	30/06/2024
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR ACTIVIDADES EXTRAMURALES DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PAI EN ZONA URBANA Y RURAL DEL MUNICIPIO DE FUNDACION	686	05/07/2024	30/07/2024
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR ACTIVIDADES EXTRAMURALES DEL PROGRAMA AMPLIADO DE	909	05/08/2024	30/09/2024

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

		INMUNIZACIONES PAI EN ZONA URBANA Y RURAL DEL MUNICIPIO DE FUNDACION			
39.046.431	MARICELA ANAYA BOCANEGRA	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR ACTIVIDADES EXTRAMURALES DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PAI EN ZONA URBANA Y RURAL DEL MUNICIPIO DE FUNDACION	1213	01/10/2024	31/12/2024

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

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 *

39046431

Primer Nombre

maricela

Primer Apellido

anaya

Confirme los números de la Imagen *

5494

Cambiar

3337

Resultado General -2026-09-28 4:25:49 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificació
CC	39046431	MARICELA	ISABEL	ANAYA	BOCANEGRA	Vigente

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) MARICELA ISABEL ANAYA BOCANEGRA identificado(a) con CC 39046431 registra La siguiente información:

2026-09-28 4:25:49 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar en enfermería	2012-08-14	1187	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

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 303853986

M
16:27:27

Bogotá DC, 28 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) MARICELA ISABEL ANAYA BOCANEGRA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 39046431:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 28 de septiembre de 2026, a las 16:27:09, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	39046431
Código de Verificación	39046431260928162709

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: CCD

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 04:25:11 PM horas del 28/09/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **39046431**

Apellidos y Nombres: **ANAYA BOCANEGRA MARICELA ISABEL**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

DIJIN

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

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 28/09/2026 04:24:56 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **39046431 MARICELA ISABEL ANAYA BOCANEGRA.**

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. **148555870** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

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

GOV.CO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141003517806

(415)7707212489984(8020) 000014100351780 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 3 9 0 4 6 4 3 1 | 6. DV 1 | 12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Santa Marta 1 9 | 14. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	3 9 0 4 6 4 3 1	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ANAYA	BOCANEGRA	MARICELA	ISABEL

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: MZ 3 CA 16 BRR SHADDAY

42. Correo electrónico: maricelaanayabocanegra@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 1 6 1 0 9 0 9 5	

CLASIFICACIÓN

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

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] | 60. No. de Folios: 0 | 61. Fecha 2024-04-02 / 10:54:19AM

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 ANAYA BOCANEGRA MARICELA ISABEL

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 20-05-2026 08:24:55PM

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 16:26:12 horas del 28/09/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **39046431,**
Apellidos y Nombres **ANAYA BOCANEGRA MARICELA ISABEL**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE CENTRO DE SALUD 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.

https://inhabilidades.policia.gov.co:8020/consulta

SaludTotal

STAMARTA, Septiembre 28 de 2026

Señora:
ANAYA BOCANEGRA MARICELA ISABEL
CC. 39046431
MZ 3 CA 16 SHADAY BRR - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Noviembre 11 de 2022. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
ANAYA BOCANEGRA MARICELA ISABEL	39046431	C	Nov-11-2022	52	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
CASTRO ANAYA TEOFILO ENRIQUE	1081819688	T	Nov-11-2022	52	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
LOBO ANAYA FARLIS SHARITH	1081794858	C	Nov-11-2022	52	26	HIJO DE 18 A 25 ANOS	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
MARICELA ISABEL ANAYA BOCANEGRA	39046431	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
MARICELA ISABEL ANAYA BOCANEGRA	39046431	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerente de Operaciones Comercial
SALUD TOTAL EPS S.A.
Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

porvenir
sólo hay uno

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

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

CERTIFICA QUE:

MARICELA ISABEL ANAYA BOCANEGRA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **39.046.431**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 28 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

GRUPO BICENTENARIO

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

MARICELA ISABEL ANAYA BOCANEGRA identificado con CC. 39046431 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 29 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: **CC29092026N39046431A23147678.** Este código es válido por un mes.

CER_AFI_2026032583853

Cordialmente,

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

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
3202756775

PÓLIZA No: 320 -89 - 994000010745 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: **BARRANQUILLA** COD. AGE: 320 RAMO: 89 PAP:

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA	VIGENCIA DESDE				VIGENCIA HASTA					FECHA DE IMPRESIÓN		
DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS	DIA	MES	AÑO
26	01	2026		23	01	2026	23:59 A LAS	23	01	2027	23:59 A LAS	365	26	01	2026

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL** TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO EXPEDICION

VIGENCIA DEL ANEXO	VIGENCIA DESDE				VIGENCIA HASTA				
	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
	23	01	2026	23:59 A LAS	23	01	2027	23:59 A LAS	365

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **MARICELA ISABEL ANAYA BOCANEGRA** IDENTIFICACIÓN: CC **39.046.431**

DIRECCIÓN: MZ 3 CA 16 URB EL SHADAY CIUDAD: FUNDACIÓN, MAGDALENA TELÉFONO: 3016109095

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **MARICELA ISABEL ANAYA BOCANEGRA** IDENTIFICACIÓN: CC **39.046.431**

DIRECCIÓN: MZ 3 CA 16 URB EL SHADAY CIUDAD: **FUNDACIÓN, MAGDALENA** TELÉFONO: 3016109095

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: MAGDALENA CIUDAD: FUNDACIÓN

DIRECCION: MANZANA 3 No. 0-0 CASA 16 SHADAY

ACTIVIDAD: AUXILIAR DE LA SALUD

DESCRIPCION AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL ACTO MEDICO	$ 100,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA	100,000,000.00	
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO	100,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS	100,000,000.00	0.00
SUSTITUCION PROVISIONAL	100,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA	10,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMMLV en RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS/SUSTITUCION PROVISIONAL

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

TOMADOR: ANAYA BOCANEGRA MARICELA ISABEL

ASEGURADO: ANAYA BOCANEGRA MARICELA ISABEL

BENEFICIARIO: Terceros Afectados y/o quien tenga derecho a la prestación asegurada.

PROFESION ASEGURADA: AUXILIAR EN ENFERMERIA

ESPECIALIZACION: NINGUNA

VIGENCIA: 365 días, a partir del día 23 del mes de ENERO del año 2026 con inicio de cobertura a las 23:59 horas.

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ ***100,000,000.00	$ **********54,950	$****15,000.00	$ *******13,291	$ **********83,240

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	%PART
SDG ASESORES DE SEGUROS LIMITADA	10455	100.00

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

PARA ACCEDER AL CLAUSULADO DE SU PÓLIZA DE SEGURO, POR FAVOR INGRESE AL SIGUIENTE LINK https://aseguradorasolidaria.com.co/enlaces-de-interes/biblioteca-de-clausulados.aspx Y BUSQUE EL NOMBRE DEL PRODUCTO TAL Y COMO FIGURA EN EL TÍTULO DE ESTE DOCUMENTO. TAMBIÉN PUEDE VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTA PÓLIZA DESDE NUESTRA PÁGINA WEB https://www.aseguradorasolidaria.com.co, EN EL MENÚ "SERVICIOS", OPCIÓN "CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO Y OTROS".

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000320275677

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá

EXTLBALLEN 0

CDDA207A080AFA7958

CLIENTE

Defensor del Consumidor Financiero – Principal: Juan Sebastián Portilla Portilla - **Defensor del Consumidor Financiero – Suplente:** José Guillermo Peña González
Dirección: Av 19 # 114 – 09 oficina 502 Bogotá – **Teléfonos:** (601) 213 13 70 – 213 13 22 - **Celular:** 321 924 04 79 – 323 232 29 34 - **Correo electrónico:** contacto@pgabogados.com
Horario: Lunes a Viernes de 8:00 a.m. a 12:00 p.m. y 1:00 p.m. a 5:00 p.m **Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:**
https://aseguradorasolidaria.com.co/resources/site1/General/2025/DEFENSOR-CONSUMIDOR-FINANCIERO-2025F.pdf

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center. Por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
GRAN CONTRIBUYENTE RES.2539 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE
Compañía de Seguros

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: BARRANQUILLA COD. AGENCIA: 320 RAMO: 89 No PÓLIZA: **994000010745** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **MARICELA ISABEL ANAYA BOCANEGRA** IDENTIFICACIÓN: CC **39.046.431**

ASEGURADO: **MARICELA ISABEL ANAYA BOCANEGRA** IDENTIFICACIÓN: CC **39.046.431**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO ITEM 1

OBJETO:

Otorgar cobertura de Responsabilidad Civil Profesional Medica Individual al profesional médico asegurado bajo la presente póliza, en consideración a las declaraciones manifestadas y contenidas en el formulario de solicitud de seguro, las cuales se incorporan al contrato de seguros para todos los efectos, y al pago de la prima correspondiente, hasta por los límites y sublimites asegurados estipulados para cada amparo, tal como se describen en las siguientes condiciones particulares.

CONDICIONES GENERALES:

Según Aseguradora Solidaria de Colombia forma 17/03/2021-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-36-D001 y 17/03/2021-1502-NT-P-06-P170321MGG8G8000

CL-SUSG-36-RC-MEDICA-PROFESIONAL-17032021.pdf (aseguradorasolidaria.com.co)

AMPARO BÁSICO:

Responsabilidad Civil Profesional Médica: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.

Uso de Equipos de Diagnóstico y/o Terapéutica: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.

Suministro de Medicamentos: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.

Sustitución Provisional: límite del 100% del valor asegurado de la poliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.

Gastos de Defensa: sublimite del 10% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia.

Costos para la constitución de Cauciones Judiciales: sublimite del 5% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia.

Costas del proceso según fallo judicial: sublimite del 10% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia.

Cobertura a Perjuicios Extra patrimoniales: sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia. Entendido como Perjuicios Extrapatrimoniales los ocasionados a un tercero, derivados directamente de una lesión personal o daño material amparados por la póliza. En Daños Morales se incluyen amparados los Perjuicios Fisiológicos y los Daños a la Vida en Relación.

ANEXOS DE COBERTURA, CONDICIONES Y DEMAS CLAUSULAS:

No se otorga restablecimiento automático de la suma asegurada.

Definición de Sublímite: incluido dentro del valor asegurado, esto quiere decir que en caso de pérdida total no constituye un valor adicional de indemnización

Cláusula de Revocación: treinta (30) días.

Aviso de Siniestro: treinta (30) días.

Cláusula de no renovación tácita o automática.

CLIENTE

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: BARRANQUILLA COD. AGENCIA: 320 RAMO: 89 No PÓLIZA: **994000010745** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **MARICELA ISABEL ANAYA BOCANEGRA** IDENTIFICACIÓN: CC **39.046.431**

ASEGURADO: **MARICELA ISABEL ANAYA BOCANEGRA** IDENTIFICACIÓN: CC **39.046.431**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO ITEM 1

Declaraciones Reticentes o Inexactas: la empresa tomadora está obligada a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias relacionadas con éste producen los efectos previstos en el Código de Comercio.

TODAS LAS MODIFICACIONES, ALTERACIONES Y/O EXTENSIONES DEBERÁN SER ACORDADAS CON ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA.

TODOS LOS AMPAROS, LIMITES, SUBLIMITES Y ANEXOS HACEN PARTE DEL LÍMITE AGREGADO DE RESPONSABILIDAD Y NO SON EN ADICIÓN A ESTE.

DEDUCIBLES:

Gastos de Defensa, Cauciones Judiciales y Costas del Proceso: sin aplicación de deducible.

Demás Eventos: 10% del valor de la pérdida, mínimo 2 SMMLV.

EXCLUSIONES:

Sin perjuicio de las consagradas en el texto de las condiciones generales del seguro, se adicionan las siguientes:

Actos medicos realizados con aparatos, equipos o tratamientos o medicamentos no reconocidos por la ciencia médica, salvo aquellos de carácter científico-experimental durante ensayos clínicos cuyos protocolos hayan sido debidamente autorizados por organizaciones respectivas e informados por escrito al Asegurador previo a su inicio. Excepto también cuando la utilización de los cuales representa el último remedio para el paciente a raíz de su condición, cuya aplicación haya sido sancionada por las autoridades civiles y/o administrativas respectivas y cuya naturaleza y carácter de científico experimental haya sido consignada fiel y claramente en el consentimiento Informado realizado con el paciente, y avalado con la firma de éste.

Daños Financieros Puros (Lucro cesante) que no sean consecuencia directa de un daño físico causado por el Asegurado a un paciente.

Reclamaciones por sanciones punitivas o ejemplares, es decir, cualquier multa o penalidad impuesta por un juez civil o penal, o sanciones de carácter administrativo.

Reclamaciones por cirugía bariátrica, salvo para pacientes diagnosticados clínicamente con obesidad mórbida o super-obesidad y con masa corporal superior a 35 kilogramos por metro cuadrado.

Reclamaciones por cualquier ofensa sexual, cualquiera que sea su causa y/u origen.

Reclamaciones por actos médicos realizados con anterioridad a la fecha de entrada en vigor de ésta cobertura.

Reclamaciones por la falta o el incumplimiento, completo o parcial, del suministro de servicios tales como la electricidad, agua, gas, teléfono, etc., salvo en caso de fuerza mayor no imputable al Asegurado.

Reclamaciones por incumplimiento de algún convenio, sea verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de éxito que garantice el resultado de cualquier tipo de servicio médico.

Reclamaciones por reintegro de honorarios profesionales o sumas abonadas al Asegurado o a su representante.

Reclamaciones por toda Responsabilidad Civil Contractual y Extracontractual, tales como; RC Patronal, RC directores y Oficiales (DO), RC de Profesionales no Médicos (EO), RC Servidores Públicos, y RC Automotores.

Reclamaciones presentadas y/o demandas entabladas / formuladas y/o sentencias fuera del país de domicilio del Asegurado, incluyendo aquellas donde se conceda el estado de Exquatur en Colombia.

Cualquier Médico General o Cirujano que efectúe control de peso mediante liposucción, lipoescultura, derivación intestinal, o mediante receta de medicamentos que contengan barbitúricos, sus componentes y/o derivados.

Cualquier Médico General o Cirujano que efectúe liposucción, lipoescultura, derivación intestinal o gastro plastia transversal únicamente con fines estéticos o cosméticos.

CLIENTE

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: BARRANQUILLA COD. AGENCIA: 320 RAMO: 89 No PÓLIZA: **994000010745** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **MARICELA ISABEL ANAYA BOCANEGRA** IDENTIFICACIÓN: CC **39.046.431**

ASEGURADO: **MARICELA ISABEL ANAYA BOCANEGRA** IDENTIFICACIÓN: CC **39.046.431**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO ITEM 1

Se modifica la exclusión 2.5 de la sección 2 del condicionado general para ser reemplazado por el siguiente texto:

2. EXCLUSIONES GENERALES APLICABLES A TODA PÓLIZA

2.5.

2.5.1. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE FERTILIDAD HUMANA QUE SUSTITUYAN EL PROCESO NATURAL DE LA REPRODUCCION (FACILITAR EL EMBARAZO) POR CUALQUIERA DE LAS TECNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA, YA SEA POR INSEMINACIÓN ARTIFICAL O FECUNDACIÓN IN VITRO.

2.5.2. RESPONSABILIDAD CIVIL POR TRATAMIENTOS DESTINADOS A LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, SALVO CASO ESPECIFICO DEL ABORTO (INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO) QUEDAN AMPARADOS LOS DAÑOS A CONSECUENCIA DE UNA INTERVENCIÓN QUE CORRESPONDA AL CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACIÓN LEGAL Y/O CONSTITUCIONAL.

EXCLUSIÓN ENFERMEDAD TRANSMISIBLE, según texto.

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE PÉRDIDAS Y DATOS CIBERNÉTICOS, según texto.

EXCLUSIÓN ENFERMEDAD TRANSMISIBLE

Esta Póliza no aplica a: Enfermedad Transmisible Lesión Personal o Daño Material surgido de una transmisión real o presunta de una enfermedad transmisible, incluyendo, pero sin limitarse al Nuevo Coronavirus en cualquier forma de cualquier origen.

Esta exclusión aplica aun si los reclamos contra cualquier asegurado alegan negligencia u otra conducta indebida en:

a. La supervisión, contratación, empleo, entrenamiento o monitoreo de otros que puedan estar infectados y propagar una enfermedad transmisible;

b. Las pruebas para una enfermedad transmisible;

c. Falla en prevenir la propagación de la enfermedad; o

d. Falla en el reporte de la enfermedad a las autoridades;

e. La aplicación de cualquier ley u orden la cual el asegurado estaba legalmente obligado a cumplir antes o en cualquier momento de la propagación real de la Enfermedad Transmisible.

Esta Póliza excluye también cualquier responsabilidad, gasto de cualquier tipo, daños, demandas, reclamos o pérdidas,

(i) surgidos directa o indirectamente de cualquier temor o amenaza (ya sea real o percibida) del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo

(ii) directa o indirectamente causados por, resultantes de o en conexión con cualquier acción tomada para controlar, prevenir, suprimir o de alguna manera relacionada a cualquier brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo

(iii) causados directa o indirectamente por la imposición de cuarentena o restricción en el movimiento de gente o animales, por cualquier ente o agencia nacional o internacional en relación con un brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo.

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: BARRANQUILLA | COD. AGENCIA: 320 | RAMO: 89 | No.PÓLIZA: **994000010745** | ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **MARICELA ISABEL ANAYA BOCANEGRA** — IDENTIFICACIÓN: CC **39.046.431**

ASEGURADO: **MARICELA ISABEL ANAYA BOCANEGRA** — IDENTIFICACIÓN: CC **39.046.431**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** — IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO ITEM 1

(iv) causados directa o indirectamente por un aviso o advertencia de viaje emitida por un ente o agencia nacional o internacional de cualquier tipo en relación con un brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o una variación mutante del mismo y respecto a (ii) y (iv) cualquier temor o amenaza del mismo (ya sea real o percibida).

Para los propósitos de esta exclusión Enfermedad Transmisible significa: Una enfermedad que se propaga de una persona a otra ya sea por transmision directa o indirecta de una bacteria o virus entre el portador y la persona infectada, o a través de un vector, tal como comida contaminada por el portador y consumido por la persona infectada.

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE PÉRDIDAS Y DATOS CIBERNÉTICOS

No obstante, cualquier disposición contraria en esta póliza o cualquier suplemento a la misma, se excluye cualquier:

Pérdida cibernética.

Pérdida, daño, responsabilidad, reclamación, coste, gasto de cualquier naturaleza causado directa o indirectamente por, contribuido por, resultante de, que surja o esté relacionado con cualquier pérdida de uso, reducción de la funcionalidad, reparación, reemplazo, restauración o reproducción de cualesquiera datos, incluyendo cualquier cantidad relacionada con el valor de dichos datos, independientemente de cualquier otra causa o evento que contribuya simultáneamente o en cualquier otra secuencia.

En el caso que cualquier parte de esta cláusula fuera considerada inválida o inaplicable, el resto permanecerá en pleno vigor y efecto.

Esta cláusula reemplaza y, si entra en conflicto con cualquier otra disposición de la póliza o cualquier suplemento que tenga relacion con la pérdida cibernética o los datos, reemplaza esa disposición.

DEFINICIONES

PÉRDIDA CIBERNÉTICA:

Cualquier pérdida, daño, responsabilidad, reclamación, coste o gasto de cualquier naturaleza que directa o indirectamente sea causado o aportado por, resulte o surja de, o esté en conexión con un acto cibernético o un incidente cibernético incluyendo, pero sin limitarse a cualquier acción tomada con el fin de controlar, prevenir, suprimir o remediar cualquier acto cibernetico o incidente cibernético.

ACTO CIBERNÉTICO:

Acto o serie de actos no autorizados, malintencionados o delictivos, sin consideración del tiempo y espacio, o la amenaza o engaño relacionados con el acceso, procesamiento, uso u operación de cualquier sistema informático.

INCIDENTE CIBERNÉTICO:

Todo error u omisión o serie de errores u omisiones relacionados con el acceso, procesamiento, uso u operación de cualquier sistema informático; o

Cualquier indisponibilidad o fallo parcial o total o serie de indisponibilidades o fallos parciales o totales para acceder, procesar, usar u operar cualquier sistema informático.

SISTEMA INFORMÁTICO:

Cualquier ordenador, hardware, software, sistema de comunicación, equipo electrónico (incluyendo pero sin limitarse a teléfonos inteligentes, laptops, tablets, dispositivos portátiles), servidor, nube o microcontrolador incluyendo cualquier sistema similar o configuración de lo antes mencionado e incluyendo asimismo toda entrada y salida, dispositivo de almacenamiento de datos, equipo de redes o instalaciones de copias de respaldo, de propiedad u operadas por el asegurado o cualquier otra parte.

DATOS:

Información, hechos, conceptos, código o cualquier otra información de cualquier naturaleza registrada y transmitida en cualquier forma para ser usada, accedida, procesada, transmitida o almacenada por un sistema informático.

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: BARRANQUILLA COD. AGENCIA: 320 RAMO: 89 No PÓLIZA: **994000010745** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **MARICELA ISABEL ANAYA BOCANEGRA** IDENTIFICACIÓN: CC **39.046.431**

ASEGURADO: **MARICELA ISABEL ANAYA BOCANEGRA** IDENTIFICACIÓN: CC **39.046.431**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO ITEM 1

EXCLUSIONES PARA GASTOS DE DEFENSA:

Sujeto a los demás términos y condiciones de esta póliza, queda acordado y convenido que esta cobertura no se extiende para amparar reclamaciones de Gastos de Defensa, derivadas de:

Si la responsabilidad que se pretende demostrar proviene de dolo o está expresamente excluida de la póliza.

Si el asegurado afronta el proceso contra orden expresa del asegurador.

AMBITO TERRITORIAL:

Jurisdicción y Legislación Aplicable: colombiana.

GARANTIAS:

Para los efectos y con el alcance del Artículo 1061 del Código de Comercio Colombiano, queda expresamente declarado y convenido que este seguro se realiza en virtud del compromiso que adquiere el asegurado, que durante su vigencia cumplirá con las garantías estipuladas en el numeral 4, literal 4.2 GARANTIAS del clausulado general de la póliza.

El incumplimiento de este compromiso o garantía da lugar a las sanciones que establece el artículo mencionado.

CLIENTE

GOBERNACION DEL MAGDALENA
SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD
DESARROLLO DE SERVICIOS

RESOLUCIÓN No. 47 1187
"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:

(a) con Cedula de Ciudadanía No. 39.046.431, expedida en [illegible] Magdalena, solicitó ante esta Secretaria la **AUTORIZACIÓN** para desempeñarse como **TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA,** según CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS otorgado por **LA CORPORACION TECNICA DEL NORTE** de Fundación - Magdalena, según Acta de Grado Sin Número del día 10 de Diciembre de 2011.

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 **MARICELA ISABEL ANAYA BOCANEGRA**, identificado (a) con Cedula de Ciudadanía No. 39.046.431, expedida en Santa Marta - Magdalena, para desempeñarse como **TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA,** en el Territorio Nacional e Inscribirlo(a) para

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en Zona Geográfica diferente a donde se Autorizo el Titulo o Certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaria 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 14 AGO 2012

ZANDRA LUCIA CASTAÑEDA LÓPEZ
Secretaria Seccional de Salud del Magdalena

Proyectado por: Juana Molina – Profesional universitario Revisó: María Luisa Pérez N. – Profesional Especializado

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultado la base de datos de deudores alimentarios morosos REDAM, (Ley 1266/2008) con número de identificación CC 30640431 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es valida 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 28/09/2076 04:28 PM

Codigo Verificacion: TZGYVSJE57

Válido hasta: 28/12/2026

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

BBVA

BBVA COLOMBIA
NIT 860.003.020-1

CERTIFICA

Que **MARICELA ANAYA BOCANEGRA** identificado(a) con **cédula de ciudadanía número 39.046.431** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **Cuenta De Ahorros Libreton No 00130375000200320991** aperturada el **27 de julio de 2016**, y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

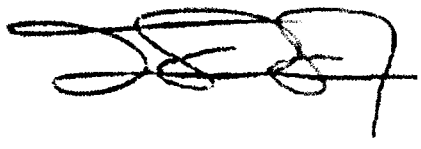
El número de cuenta podrá ser utilizada en nuestros canales como se indica a continuación:

9 dígitos: **375320991**
10 dígitos: **0375320991**
16 dígitos: **0375000200320991**

Recuerde que para pago en nómina a través de Net Cash, el formato a utilizar es de 16 dígitos.

Esta certificación se expide a solicitud del titular el día **20** de **mayo** de **2026** a las **15:45**, con destino a **Quien Interese.**

FIRMA AUTOGRAFICA



FIRMA AUTORIZADA

BBVACOLOMBIA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

BBVA COLOMBIA ESTABLECIMIENTO BANCARIO

Fundación Magdalena,
Octubre del 2026

Doctor:
Iván David De león Villa
GERENTE ESE CENTRO DE SALUD PAZ DEL RÍO DE FUNDACIÓN MAGDALENA
E.S.D

REF: PROPUESTA ECONÓMICA

De la manera más atenta presento propuesta económica con el fin de Prestación de servicios del personal de apoyo en el programa ampliado de inmunizaciones PAI en zona urbana y rural del municipio de Fundación 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 la gravedad del juramento que:

1. Que no encuentro incurso en ninguna causal de inhabilidades e incompatibilidades de las señaladas en el artículo 8 y 9 de la Ley 80 de 1993, adicionado por el artículo 18 de la ley 1150 de 2007.

2. Que no adeudo ninguna multa al estado, que me impida contratar (Ley 1801 de 2016artículo 183).

3. Que no ha presentado propuesta diferente a la presente.

4. Conocer las especificaciones y demás del contrato de prestación de servicios técnicos.

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

6. En cuanto a los treinta (30) días de validez de la propuesta, acepto lo estipulado dentro dela contratación directa.

Atentamente:

Maricela Anaya

MARICELA ANAYA BOCANEGRA
CC. 39.046.431

Función Pública

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2026-05-20 14:45

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
MARICELA	ISABEL	ANAYA	BOCANEGRA

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	39046431

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

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	["Calle 3 No. 14-35"]
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	$18.600.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$18.600.000,00

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

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:

Medicenter
Nit. 901.704.533-4

CERTIFICA QUE

MARICELA ISABEL ANAYA BOCANEGRA

Identificado con cédula de ciudadanía Nº. 39046431

Aprobó el curso básico en:

ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA DE GENERO Y EL ABUSO SEXUAL CON ENFOQUE DIFERENCIAL

Con una intensidad horaria de 45 horas

Este certificado es expedido en la ciudad de Neiva a los 29 días del mes de septiembre del 2026 y se expide mediante el marco normativo para la educación informal y no conduce a titulo alguno o certificación de aptitud ocupacional.

LUISA FERNANDA CERQUERA ORTIZ
Gerente

Estado de vigencia: Vence en un (1) año desde su fecha de expedición

DECRETO 1075 DE 2015 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / RESOLUCION 3100 DE 2019 ESTANDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

Medicenter
Nit. 901.704.533-4

CERTIFICA QUE

MARICELA ISABEL ANAYA BOCANEGRA

Identificado con cédula de ciudadanía N°. 39046431

Aprobó el curso básico en:

GESTION DEL DUELO

Con una intensidad horaria de 45 horas

Este certificado es expedido en la ciudad de Neiva a los 29 días del mes de septiembre del 2026 y se expide mediante el marco normativo para la educación informal y no conduce a titulo alguno o certificación de aptitud ocupacional.

LUISA FERNANDA CERQUERA ORTIZ
Gerente

Estado de vigencia: Vence en un (1) año desde su fecha de expedición

DECRETO 1075 DE 2015 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / RESOLUCION 3100 DE 2019 ESTANDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

Medicenter
Nit. 901.704.533-4

CERTIFICA QUE

MARICELA ISABEL ANAYA BOCANEGRA

Identificado con cédula de ciudadanía Nº. 39046431

Aprobó el curso básico en:

SOPORTE VITAL BÁSICO.(BLS)

Con una intensidad horaria de 45 horas

Este certificado es expedido en la ciudad de Neiva a los 29 días del mes de septiembre del 2026 y se expide mediante el marco normativo para la educación informal y no conduce a titulo alguno o certificación de aptitud ocupacional.

LUISA FERNANDA CERQUERA ORTIZ
Gerente

Estado de vigencia: Vence en un (1) año desde su fecha de expedición

DECRETO 1075 DE 2015 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / RESOLUCION 3100 DE 2019 ESTANDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

Medicenter
Nit. 901.704.533-4

CERTIFICA QUE

MARICELA ISABEL ANAYA BOCANEGRA

Identificado con cédula de ciudadanía Nº. 39046431

Aprobó el curso básico en:

MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

Con una intensidad horaria de 45 horas

Este certificado es expedido en la ciudad de Neiva a los 29 días del mes de septiembre del 2026 y se expide mediante el marco normativo para la educación informal y no conduce a titulo alguno o certificación de aptitud ocupacional.

LUISA FERNANDA CERQUERA ORTIZ
Gerente

Estado de vigencia: Vence en un (1) año desde su fecha de expedición

DECRETO 1075 DE 2015 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / RESOLUCION 3100 DE 2019 ESTANDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

Medicenter
Nit. 901.704.533-4

CERTIFICA QUE

MARICELA ISABEL ANAYA BOCANEGRA

Identificado con cédula de ciudadanía Nº. 39046431

Aprobó el curso básico en:

TOMA CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO (TML)

Con una intensidad horaria de 45 horas

Este certificado es expedido en la ciudad de Neiva a los 29 días del mes de septiembre del 2026 y se expide mediante el marco normativo para la educación informal y no conduce a titulo alguno o certificación de aptitud ocupacional.

LUISA FERNANDA CERQUERA ORTIZ
Gerente

Estado de vigencia: Vence en un (1) año desde su fecha de expedición

DECRETO 1075 DE 2015 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / RESOLUCION 3100 DE 2019 ESTANDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

Medicenter
Nit. 901.704.533-4

CERTIFICA QUE

MARICELA ISABEL ANAYA BOCANEGRA

Identificado con cédula de ciudadanía Nº. 39046431

Aprobó el curso básico en:

ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS

Con una intensidad horaria de 45 horas

Este certificado es expedido en la ciudad de Neiva a los 29 días del mes de septiembre del 2026 y se expide mediante el marco normativo para la educación informal y no conduce a titulo alguno o certificación de aptitud ocupacional.

LUISA FERNANDA CERQUERA ORTIZ
Gerente

Estado de vigencia: Vence en un (1) año desde su fecha de expedición

DECRETO 1075 DE 2015 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / RESOLUCION 3100 DE 2019 ESTANDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

MEDICENTER EDUCACIÓN VIRTUAL S.A.S
NIT 901.704.533-4

CERTIFICA QUE

MARICELA ISABEL ANAYA BOCANEGRA

IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDADANÍA No 39046431

Asistió al Curso Básico

HUMANIZACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD (HSS)

Con una intensidad horaria de 45 horas.

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 20 DÍAS DEL MES DE MAYO DEL 2026, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE EL MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

Luisa Fernanda Cerquera Ortiz
Gerente

VERIFICACIÓN

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

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

Medicenter
Nit. 901.704.533-4

CERTIFICA QUE

MARICELA ISABEL ANAYA BOCANEGRA

Identificado con cédula de ciudadanía N°. 39046431

Aprobó el curso básico en:

DIAGNOSTICO Y MANEJO CLINICO DEL DENGUE (DMCD)

Con una intensidad horaria de 45 horas

Este certificado es expedido en la ciudad de Neiva a los 29 días del mes de septiembre del 2026 y se expide mediante el marco normativo para la educación informal y no conduce a titulo alguno o certificación de aptitud ocupacional.

LUISA FERNANDA CERQUERA ORTIZ
Gerente

Estado de vigencia: Vence en un (1) año desde su fecha de expedición

DECRETO 1075 DE 2015 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / RESOLUCION 3100 DE 2019 ESTANDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

CECARH

CECARH
Corporación de Educación y Capacitación para el Recurso Humano
Instituto de Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano
Personería jurídica N° 478 de la Gobernación de Bolívar
Licencia de funcionamiento N° 2531 de la Secretaria de Educación y Cultura Distrital

CERTIFICA QUE:

MARICELA ISABEL ANAYA BOCANEGRA

CC: 39046431

REALIZÓ EL CURSO DE CAPACITACION EN LA ESTRATEGIA INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y DE LA INFANCIA INTEGRAL - IAMII

con una intensidad de 30 horas modalidad virtual realizado desde el 01 de abril al 30 de junio de 2025

Rosalba Rangel Pineda
Directora – corporación CECARH

LABORATORIOCLINICOFONTALAB

NIT.57270030 -6

Dra.LizMilenaFontalvoLara

Bacterióloga

Apellidos: ANAYA BOCANEGRA
Nombres:MARICELA ISABEL
Edad: 48 AÑOS
Entidad: PARTICULAR

Sexo: FEMENINO
Fecha: 19/ABRIL/2026
Iden: 39046431
Zona: EL RETEN

RESULTADOS

HEMATOLOGIA

HEMATIES:		4.290.000 millon/mm^3	3.50-5.50 millon/mm^3
HEMATOCRITO:		47.7 %	H: 40-52 % M: 36-44 %
HEMOGLOBINA:		16.5 grs%	H: 14-18 grs% M: 12-14 grs%
LEUCOCITOS:		7.100 x 10^9/L	5.000 - 10.000 x 10^9/L
NEUTROFILOS:	B	60.9 %	50.0 - 70.0 %
LINFOCITOS:	A	31.9 %	20.0 - 40.0 %
CELULAS MEDIAS:		8.2 %	3.0 - 15.0 %
VCM:		85.9 fl	80 - 100 fl
MCHC:		34.2 g/dl	27 - 34 g/dl
HCM:		30.2 pg/c	32 - 36 pg/c
RDW-CV:		14.0 %	11 - 16 %
RDW-SD:		37.7 fl	35 - 56 fl
MPV:		9.2 fl	6.5 - 12.0 fl
RECUENTO DE PLAQUETAS:		330.000 mm^3/plaq	150.000-450.000 mm^3/plaq

QUIMICA SANGUINEA

EXAMENES	RESULTADOS	VALORES DE REFERENCIA
GLICEMIA	90 mg/dl	70-100 mg/dl

Dra. LIZ MILENA FONTALVO LARA
BACTERIOLOGA

ElReten–Magdalena
Carrera3Nº8–08,BarrioSanIsidro
CEL: 300 704 70 70
Laboratorioyaliz@hotmail.com

LABORATORIOCLINICOFONTALAB

NIT.57270030 -6

Dra.LizMilenaFontalvoLara

Bacterióloga

Apellidos: ANAYA BOCANEGRA
Nombres:MARICELA ISABEL
Edad: 48 AÑOS
Entidad: PARTICULAR

Sexo: FEMENINO
Fecha: 19/ABRIL/2026
Iden: 39046431
Zona: EL RETEN

RESULTADOS

URIANALISIS

COLOR:	AMARILLO
ASPECTO:	LIG. TURBIA
PH:	5.0
DENSIDAD:	1.030
UROBILINOGENO:	NO
PROTEINAS:	NO
BILIRRUBINAS:	NO
ACETONAS:	NO
GLUCOSA:	NO
SANGRE:	NO
LEUCOCITOS:	NO
NITRITOS:	NEGATIVOS

SEDIMENTO MICROSCOPICO

CELULAS EPITELIALES:	+
LEUCOCITOS:	0-2 x campo
HEMATIES:	NO SE OBSERVAN
BACTERIAS:	ESCASAS

Dra. LIZ MILENA FONTALVO LARA
BACTERIOLOGA

ElReten–Magdalena
Carrera3Nº8–08,BarrioSanIsidro
CEL: 300 704 70 70
Laboratorioyaliz@hotmail.com

Red de Promocion y Prevencion
en salud ocupacional S.A.S
Nit: 900412223-9
Direccion . Kra 9 N 7-12
Cel 3003661345



Red de promoción y prevención en salud ocupacional S A S

MILEDHYS MORENO MOSQUERA
Medico especialista en SaludOcupacional
RM:2901 Rvs SO 2138

Identificacion	39.046.431

Nombre del Paciente: MARICELA ISABEL ANAYA BOCANEGRA

Empresa: E.S.E. CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO
Direccion:

SEXO	EDAD	ESTADO CIVIL	NIVEL EDUCATIVO	CIUDAD	FECHA DE CONSULTA
FEMENINO	48 AÑOS	UNION LIBRE	TECNICO	FUNDACION-Mag	26/09/2026
Objetivo:	INGRESO	E.P.S. Afiliado:			CONTRATO
CARGO :	AUXILIAR DE ENFERMERIA			Estrato:	

CONCEPTO DE ACTITUD LABORAL

Los Resultados de Paraclinicos y Valoracion del Paciente Fueron consignados en una Historia Clinica ocupacional que reposa en los archivos de salud ocupacional de la IPS. Y se obtuvo el siguiente Resultado

CONCEPTO :

- [x] APTO para el Cargo
- [ ] APTO con Restrinciones
- [ ] NO APTO para el Cargo

TRABAJOS ESPECIALES

Alturas	
Espacios Confinados	
Manipulacion de Alimentos	

CONCEPTO EGRESO

- [ ] Satisfactoria
- [ ] NO Satisfactoria

Valoracion por: [ ] E.P.S [ ] A.R.L

PREVENCION EN RIESGOS LABORALES - VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

[ ] Auditivo [ ] Visual [ ] Cardio Vascular [ ] Respiratorio [ ] Ergonomico [ ] Dermatologico
[ ] Otros

SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES Y/O PROCEDEMIENTOS

Se realizaron los Siguientes examenes: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR , VISOMTERIA ,AUDIOMETRIA

DESCRIPCION RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO

RESTRICCIONES

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

GENERALES: Higiene Postural, Utilizacion EPP. Pausas activas. SEGUN I.M.C.: Dieta balanceada, Ejercicio Regular

Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), arealizar en mi el examen médico y/o paraclinico(s)ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza ypropósito del examen médico y/o paraclinico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclinico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(as) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomará VISIONAM OS SALUD IPS.. Para proteger la confidencialidad de mis resultados.Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son veridicas. Autorie o a VISIONAMOS SALUD IPS. para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documen to, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento

Miledhys Moreno Marquera
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
UNIVERSIDAD LIBRE

MILEDHYS MORENO MOSQUERA RM:2901 Rvs SO 01760

Firma y Huella del Paciente o Responsable
CC 39041.1171

Powered by CamScanner

Carné Digital de Vacunación

Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: d72d4540-7fab-48ec-a572-9d8239a68ba6

Nombres y apellidos / Full name

MARICELA ISABEL ANAYA BOCANEGRA

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

3 9 0 4 6 4 3 1

Fecha de nacimiento / Date of birth

25/05/1978

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

3016109095

Correo electrónico / e-mail

maricelaanayabocanegra@gmail.com

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination Día / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
TD Adulto	Primera	25	10	2010		02419002D	FUNDACION E.S.E. CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO	NILSON OSPINO
TD Adulto	Segunda	28	11	2010		02419002D	FUNDACION E.S.E. CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO	NILSON OSPINO
Fiebre Amarilla	Única	14	04	2011		G5360	FUNDACION E.S.E. CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO	NILSON OSPINO
Hepatitis B Adultos Particular	Primera	21	10	2011		01218062C	FUNDACION E.S.E. CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO	TEOFILO CASTRO
Hepatitis B Adultos Particular	Segunda	07	12	2011		032A0006F	FUNDACION E.S.E. CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO	TEOFILO CASTRO
Hepatitis A Adultos	Primera	30	09	2014		AHAVB602CD	FUNDACION E.S.E. CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO	
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	26	05	2020		V50220006	FUNDACION E.S.E. CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO	ELVIS MARIA BARRIOS MARTINEZ
TdaP Acelular Gestante	Anual	07	11	2020		AC37B334AA	FUNDACION E.S.E. CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO	JORGE LARA ZABALA
Sarampión Rubéola	Adicional	05	02	2021		0129N195	FUNDACION E.S.E. CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO	RICHAR SIERRA
COVID SINOVAC	Primera	02	03	2021		A2021010044	FUNDACION E.S.E. CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO	ELVIS MARIA BARRIOS MARTINEZ
COVID SINOVAC	Segunda	30	03	2021		E202102012	FUNDACION E.S.E. CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO	ELVIS MARIA BARRIOS MARTINEZ
COVID SINOVAC	Primer Refuerzo	25	11	2021	Sinovac	B202107098	FUNDACION E.S.E. CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO	EVANGELINA DOLORES PEREZ MARTINEZ
COVID PFIZER	Segundo Refuerzo	28	09	2022	PFIZER	PCA0075	FUNDACION E.S.E. CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO	HENRY ENRIQUE FERNANDEZ ACOSTA
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	16	06	2023		230049	FUNDACION E.S.E. CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO	ELVIS MARIA BARRIOS MARTINEZ

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

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

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

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

Carné Digital de Vacunación

Colombia

Salud

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: d72d4540-7faa-48ec-a572-9d923b68ba5

Nombres y apellidos / Full name

MARICELA ISABEL ANAYA BOCANEGRA

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

3 9 0 4 6 4 3 1

Fecha de nacimiento / Date of birth

25/05/1978

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

3016109095

Correo electrónico / e-mail

maricelaanayabocanegra@gmail.com

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Día / Day	Mes / Month	Año / Year				
COVID MODERNA BIVALENTE	Adicional	18	12	2023	Catalent Indiana	010B23-2A	FUNDACION E.S.E. CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO	HENRY ENRIQUE FERNANDEZ ACOSTA
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	30	04	2024	Green Cross	V50524001	FUNDACION E.S.E. CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO	ELVIS MARIA BARRIOS MARTINEZ
Meningococo Tetravalente ACWY	Primera	21	03	2025	Fabricante	AMAA871A	FUNDACION E.S.E. CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO	ELVIS MARIA BARRIOS MARTINEZ - CC1082901554 - ACTIVO
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	04	07	2025	GC BIOPHARMA CORP	V50525004	FUNDACION E.S.E. CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO	ELVIS MARIA BARRIOS MARTINEZ - CC1082901554 - ACTIVO
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	07	05	2026	GC BIOPHARMA CORP	V50526002	FUNDACION E.S.E. CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO	ELVIS MARIA BARRIOS MARTINEZ - CC1082901554 - ACTIVO
TD Adulto	Tercera	07	05	2026	Serum	2334L008A	FUNDACION E.S.E. CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO	ELVIS MARIA BARRIOS MARTINEZ - CC1082901554 - ACTIVO

El Mnisterio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraidos 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 Mnistery 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.