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
CIFUENTES	FLOREZ	KELLY JOHANA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1007226989	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 24 MES 03 AÑO 2000

PAÍS COLOMBIA

DEPTO CALDAS

MUNICIPIO MANIZALES

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

arma caldas

PAÍS COLOMBIA DEPTO CALDAS

MUNICIPIO AGUADAS

TELÉFONO 3170069733 EMAIL johacifuentes36@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2022
										X				

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
INDECAP	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO		X		AUXILIAR EN ENFERMERIA	07	2022

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 HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* AGUADAS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3170069733	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	28	*Mes*	08	*Año* 2025	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUX DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AUXILIAR DE ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 3 16 17					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* AGUADAS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3170069733	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	05	*Año* 2026	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA DE SALUD					*DIRECCIÓN* CARRERA 6 16 17					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* AGUADAS						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3170069733	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2026	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA DE SALUD						*DIRECCIÓN* CARRERA 3A SUR null null crr 3 entre calle 16 y 17					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* AGUADAS						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	11	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL AAUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AUXILIAR DE ENFERMERIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 3 16 17					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* AGUADAS						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3207973841	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA DE SALUD						*DIRECCIÓN* CARRERA 3 16 17					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* AGUADAS						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3207973841	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA DE SALUD						*DIRECCIÓN* CARRERA 3 16 17					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* AGUADAS						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3207973841	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	08	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA DE SALUD						*DIRECCIÓN* CARRERA 3 16 17					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* AGUADAS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3207973841	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	05	*Año* 2024	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA DE SALUD					*DIRECCIÓN* CARRERA 3 16 17						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* AGUADAS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8514740	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	04	*Mes*	05	*Año* 2023	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE SALUD					*DIRECCIÓN* CARRERA 3 null null ENTRE CALLES 16 Y 17						

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	2	6
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	5
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

8 **FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento 28/10/2026

Kelly Johana Grifuentes Florez.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Aguadas,Caldas 01 nov/2026

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Función Pública

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2026-10-23 15:35

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
KELLY	JOHANA	CIFUENTES	FLOREZ

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1007226989

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	CALDAS	Municipio	MANIZALES

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	CALDAS	Municipio	AGUADAS

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	CALDAS	Municipio	AGUADAS

Dirección	["Carrera 3 entre calles 16 y 17"]

Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

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

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual: Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

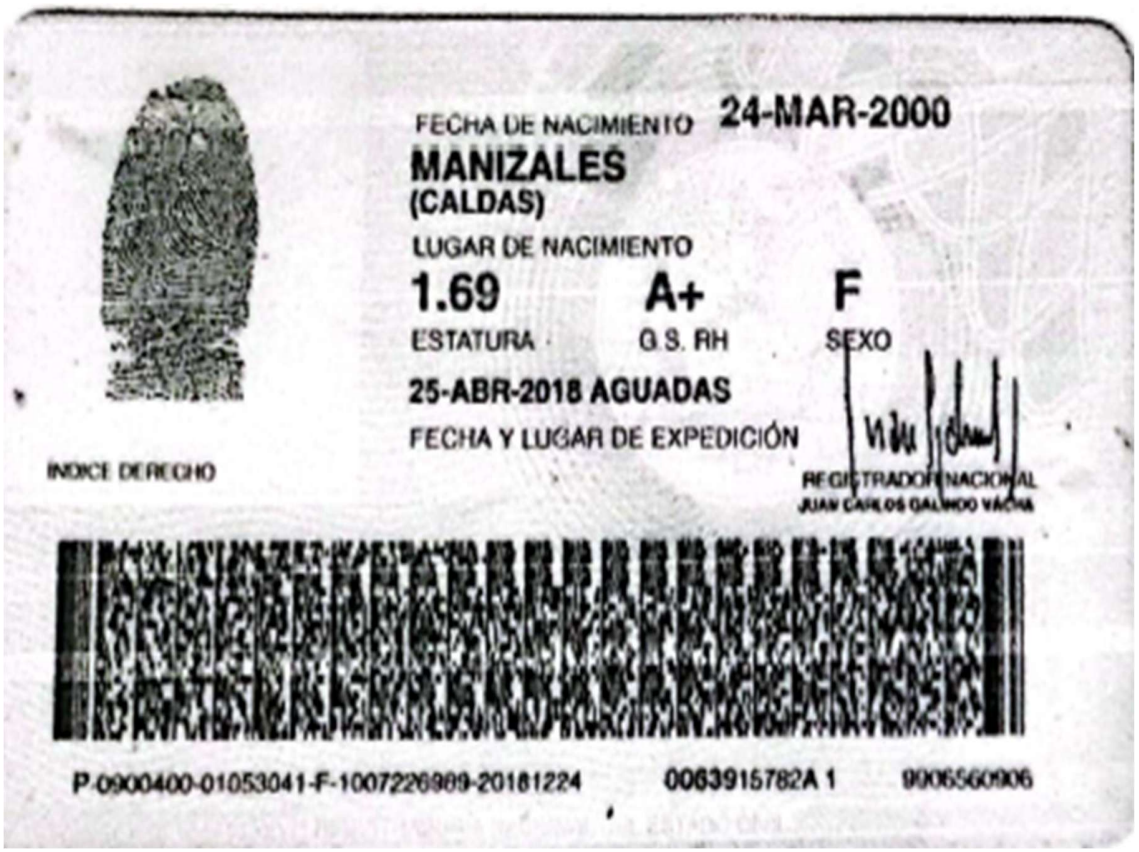
Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.007.226.989
CIFUENTES FLOREZ
APELLIDOS
KELLY JOHANA
NOMBRES
Kelly Johana Cifuentes F.
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 24-MAR-2000
MANIZALES
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.69 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
25-ABR-2018 AGUADAS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
INDICE DERECHO

P-0900400-01053041-F-1007226989-20181224 0063915782A 1 9006560906

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141080847476

(415)7707212489984(8020) 000014108084747 6

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 0 7 2 2 6 9 8 9	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Caldas 1 7	Aguadas 0 1 3

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CIFUENTES	FLOREZ	KELLY	JOHANA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Caldas 1 7	Aguadas 0 1 3

41. Dirección principal
VDA TIERRA FRIA

42. Correo electrónico johacifuentes36@gmail.com

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

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
0 0 1 0	2 0 2 0 0 5 0 1							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

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 CIFUENTES FLOREZ KELLY JOHANA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

INSTITUTO BOLIVARIANO ESDISEÑOS

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Institución aprobada con resolución No 030 del 14 de marzo de 2005,
Codigo DANE No 376109800075 otorgada por la secretaria de educación distrital del municipio de Buenaventura - Valle del Cauca, por el cual se otorga reconocimiento oficial para prestar el servicio público educativo formal de adultos

Confiere el siguiente Diploma a

Kelly Johana Cifuentes Florez

Identificado(a) Con Numero 1007.226.989 de Aguadas Caldas

Por haber cursado satisfactoriamente sus estudios teóricos prácticos con todos sus requisitos legales y académicos en los ciclos III - IV - V - VI
medio vocacional adultos, se le otorga el título de

Bachiller Académico

En fe de lo expuesto se firma y se rubrica con sello(s) de la Institución a los 16 días del mes de Diciembre de 2022

Akemis Arguello Medina
Direccion General

Edgar A. Navarro E.
Direccion Ejecutiva

Registro de Grado No 833407

Escaneado con CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA, SECRETARIA DE EDUCACIÓN PARA LA CULTURA Y EN SU NOMBRE EL INSTITUTO DE CIENCIAS APLICADAS INDECAP

INDECAP

Calidad Educativa Certificada

Con Licencia de Funcionamiento como Institución de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano, Resolución numero 7470 del 8 de marzo de 2010 y 05081 del 28 marzo de 2016, 2019060153782 de 12 de septiembre de 2019 y Resoluciones de Aprobación de programas N° 054726 del 29 de junio de 2016, 032726 del 6 abril de 2018, 032715 del 6 abril de 2018, expedidas por la Secretaria de Educación Departamental.

CONFIERE A:

Cifuentes Flórez Kelly Johana

C.C. 1007226989

Certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias, como Técnico Laboral en:

Auxiliar en Enfermería

Por haber cursado y Aprobado 1650 horas del programa, de acuerdo con la Ley General de Educación Ley 115 de 1994 y el Decreto único reglamentario 1075 de 2015.

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
Reconócese éste Título para todos los efectos legales.
Resolución N° 05-1315-23
Medellín, 08/03/2022

Rectora

Secretaria Académica

Dado en Caldas a los 07 días del mes de Septiembre de 2022

Registrado en el libro No. 003 Folio 174 Acta General No. 034

Escaneado con CamScanner

INSTITUTO BOLIVARIANO ESDISEÑOS

Avenida Simón Bolívar # 55-44
Teléfonos (2) 2402527 - (318) 3687902 - (312) 8157879 - (321) 7935066
Buenaventura - Valle del Cauca
Colombia

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

BACHILLER ACADEMICO

En la Ciudad de Buenaventura a los **16 días del mes de Diciembre del Dos mil veintidos (2022)**, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes, de ultimo grado, los suscritos Director Ejecutivo ,Director(a) Académico(a) y Secretaria en las oficinas del **INSTITUTO BOLIVARIANO ESDISEÑOS**, aprobado en el Nivel de Educación Media Académica y Autorizado por la Secretaria de Educación Distrital de Buenaventura (Valle del Cauca), Según Resolución No 030 del 14 de Marzo del 2005, Codigo DANE No 376109800075

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes, que cursaron y aprobaron los planes y programas vigentes correspondientes al nivel de Educación Media Académica se procedió a entregar el Titulo de **BACHILLER ACADEMICO** al graduado (a) cuyos Nombres, Apellidos y Numero de Documento de Identidad se Relacionan a Continuación

Kelly Johana Cifuentes Florez

Identificado(a) Con Numero 1007.226.989 de Aguadas Caldas

Es fiel copia del Acta de Grado General No **833407**, de fecha 16 días del mes de Diciembre del Dos mil veintidos (2022) firmado y sellado por Edgar Alonso Navarro Estrada (Director Académico) y Akemis Arguello Medina (Directora Académica)

Dado en Buenaventura a los **16 días del mes de Diciembre del Dos mil veintidos (2022)**

Firmado y Sellado

Akemis Arguello Medina
Direccion General

Edgar Alonso Navarro Estrada
Direccion Ejecutiva

Registro de Grado No 833407

Escaneado con CamScanner

DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA
GOBERNACION

RESOLUCIÓN 05-1315-23

08/03/2023

POR MEDIO DEL CUAL SE CONCEDE UNA AUTORIZACIÓN

LA SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA, en uso de Las atribuciones legales y en especial las conferidas por los Decretos No.1875 de 1994 y 1352 de 2000 Ley 1164 de 2007 y Decreto 4904 de 2009 del Ministerio de Salud y

CONSIDERANDO:

1. Que corresponde a las Seccionales de Salud, en su área de influencia, ejercer el control y vigilancia de los auxiliares y técnicos de la salud, mediante la autorización e inscripcion de los certificados expedidos por las instituciones de educación para el trabajo y el desarrollo humano, para su debido desempeño.

2. Que **KELLY JOHANA CIFUENTES FLOREZ**, con CC Nº 1007226989 solicitó la autorización e inscripción de su certificado de aptitud ocupacional como técnico laboral por competencias en: **AUXILIAR EN ENFERMERÍA**, que le fue otorgado por EL INSTITUTO DE CIENCIAS APLICADAS-INDECAP, en la fecha 07/09/2022

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Autorizar a **KELLY JOHANA CIFUENTES FLOREZ**, con CC Nº 1007226989 para desempeñarse como técnico laboral por competencias: AUXILIAR EN ENFERMERÍA, en el territorio colombiano.

ARTICULO SEGUNDO: La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición y se inscribirá en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (RETHUS).

NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE

Dada en Medellín, el 08/03/2023

LIGIA AMPARO TORRES ACEVEDO
Secretaria Seccional de Salud y Protección Social

TATIANA MARÍA QUICENO IBARRA
Directora de Calidad y Redes de Servicios de Salud

Powered by CamScanner

SISPRO - Aplicativos Misionales

Menú

Iniciar Sesión Registrarse

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 *

1007226989

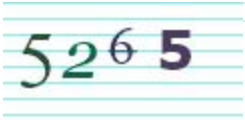
Primer Nombre

kelly

Primer Apellido

cifuentes

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

2204

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2026-10-21→6:51:51 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:
CC	1007226989	KELLY	JOHANA	CIFUENTES	FLOREZ	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) KELLY JOHANA CIFUENTES FLOREZ identificado(a) con CC 1007226989 registra La siguiente información:

2026-10-21→6:51:51 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	TECNICO LABORAL COMO AUXILIAR EN ENFERMERIA	2023-03-08	5131523	GOBERNACION DE ANTIOQUIA

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo

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

SISPRO

Dirección:
Carrera 13 # 32-76 (piso 1)
Cundinamarca, Bogotá D.C.
Código Postal: 110311

Horario de atención:
Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Contacto

Teléfono
conmutador:
En Bogotá: 601 330 5043 Opción 2
Resto del país: 018000960020 Opción
Correo de notificaciones judiciales:
notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

Términos y condiciones

ACADEMIA EXPERTIA

Nit.901780059-8

Certifica

Kelly Johana Cifuentes Florez

CC 1007226989 de Aguadas

Realizó y aprobó el Curso de Apoyo Integral Multidisciplinario para Víctimas de Violencia Sexual

con un total de 100 Horas.

Fecha de emisión: 2026-05-01
Fecha de vencimiento: 2028-04-30

Verificación

GENTIL VASQUEZ HERNANDEZ
REPRESENTANTE LEGAL

MARGARITA GUERRERO
RECTOR

CAMILO GARCIA
DIRECTOR ACADEMICO

EDUCACIÓN CON EXCELENCIA

Artículo 2.6.6.8 del Decreto 1075 de 2015 Ministerio de Educación Nacional - Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Protección Social

ACADEMIA EXPERTIA

Nit.901780059-8

Certifica

Kelly Johana Cifuentes Florez

CC 1007226989 de Aguadas

Realizó y aprobó el Curso de Soporte Vital Básico (BLS)

con un total de 100 Horas.

Fecha de emisión: 2026-05-01

Fecha de vencimiento: 2028-04-30

Verificación

GENTIL VASQUEZ HERNANDEZ
REPRESENTANTE LEGAL

MARGARITA GUERRERO
RECTOR

CAMILO GARCIA
DIRECTOR ACADEMICO

EDUCACIÓN CON EXCELENCIA

Artículo 2.6.6.8 del Decreto 1075 de 2015 Ministerio de Educación Nacional - Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Protección Social

ACADEMIA EXPERTIA

Nit.901780059-8

Certifica

Kelly Johana Cifuentes Florez

CC 1007226989 de Aguadas

Realizó y aprobó el Curso sobre Manejo del Duelo: Estrategias para Afrontar la Pérdida

con un total de 100 Horas.

Fecha de emisión: 2026-05-01
Fecha de vencimiento: 2028-04-30

Verificación

GENTIL VASQUEZ HERNANDEZ
REPRESENTANTE LEGAL

MARGARITA GUERRERO
RECTOR

CAMILO GARCIA
DIRECTOR ACADEMICO

EDUCACIÓN CON EXCELENCIA

Artículo 2.6.6.8 del Decreto 1075 de 2015 Ministerio de Educación Nacional - Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Protección Social

ACADEMIA EXPERTIA

Nit.901780059-8

Certifica

Kelly Johana Cifuentes Florez

CC 1007226989 de Aguadas

Realizó y aprobó el Curso Integral de Atención en Salud para Víctimas de Ataques con Ácidos o Agentes Químicos

con un total de 100 Horas.

Fecha de emisión: 2026-05-01
Fecha de vencimiento: 2028-04-30

Verificación

GENTIL VASQUEZ HERNANDEZ
REPRESENTANTE LEGAL

MARGARITA GUERRERO
RECTOR

CAMILO GARCIA
DIRECTOR ACADEMICO

EDUCACIÓN CON EXCELENCIA

Artículo 2.6.6.8 del Decreto 1075 de 2015 Ministerio de Educación Nacional - Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Protección Social

ACADEMIA EXPERTIA

Nit.901780059-8

Certifica

Kelly Johana Cifuentes Florez

CC 1007226989 de Aguadas

Realizó y aprobó el Curso de Pruebas en Punto de Atención (POCT): Técnicas y Aplicaciones

con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2026-05-01
Fecha de vencimiento: 2028-04-30

Verificación

GENTIL VASQUEZ HERNANDEZ
REPRESENTANTE LEGAL

MARGARITA GUERRERO
RECTOR

CAMILO GARCIA
DIRECTOR ACADEMICO

EDUCACIÓN CON EXCELENCIA

Artículo 2.6.6.8 del Decreto 1075 de 2015 Ministerio de Educación Nacional - Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Protección Social

ACADEMIA EXPERTIA

Nit.901780059-8

Certifica

Kelly Johana Cifuentes Florez

CC 1007226989 de Aguadas

Realizó y aprobó el Curso de Protocolo en la Toma de Muestra de Citología: Procedimientos y Estándares

con un total de 110 Horas.

Fecha de emisión: 2026-08-27
Fecha de vencimiento: 2028-08-26

Verificación

GENTIL VASQUEZ HERNANDEZ
REPRESENTANTE LEGAL

MARGARITA GUERRERO
RECTOR

CAMILO GARCIA
DIRECTOR ACADEMICO

EDUCACIÓN CON EXCELENCIA

Artículo 2.6.6.8 del Decreto 1075 de 2015 Ministerio de Educación Nacional - Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Protección Social

ACADEMIA EXPERTIA

Nit.901780059-8

Certifica

Kelly Johana Cifuentes Florez

CC 1007226989 de Aguadas

Realizó y aprobó el Curso de Humanización en el Cuidado Centrado en el Paciente en el Área de la Salud

con un total de 110 Horas.

Fecha de emisión: 2026-05-01
Fecha de vencimiento: 2028-04-30

Verificación

GENTIL VASQUEZ HERNANDEZ
REPRESENTANTE LEGAL

MARGARITA GUERRERO
RECTOR

CAMILO GARCIA
DIRECTOR ACADEMICO

EDUCACIÓN CON EXCELENCIA

Artículo 2.6.6.8 del Decreto 1075 de 2015 Ministerio de Educación Nacional - Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Protección Social

ACADEMIA EXPERTIA

Nit.901780059-8

Certifica

Kelly Johana Cifuentes Florez

CC 1007226989 de Aguadas

Realizó y aprobó el Curso Práctico: Atención Psicosocial a Víctimas del Conflicto en Colombia

con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2026-05-22
Fecha de vencimiento: 2028-05-21

Verificación

GENTIL VASQUEZ HERNANDEZ
REPRESENTANTE LEGAL

MARGARITA GUERRERO
RECTOR

CAMILO GARCIA
DIRECTOR ACADEMICO

EDUCACIÓN CON EXCELENCIA

Artículo 2.6.6.8 del Decreto 1075 de 2015 Ministerio de Educación Nacional - Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Protección Social

ACADEMIA EXPERTIA

Nit.901780059-8

Certifica

Kelly Johana Cifuentes Florez

CC 1007226989 de Aguadas

Realizó y aprobó el Curso de Toma y Transporte de Muestras para Laboratorio

con un total de 90 Horas.

Fecha de emisión: 2026-05-01
Fecha de vencimiento: 2028-04-30

Verificación

GENTIL VASQUEZ HERNANDEZ
REPRESENTANTE LEGAL

MARGARITA GUERRERO
RECTOR

CAMILO GARCIA
DIRECTOR ACADEMICO

EDUCACIÓN CON EXCELENCIA

Artículo 2.6.6.8 del Decreto 1075 de 2015 Ministerio de Educación Nacional - Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Protección Social

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: b9835403-4103-4044-9db6-9f29e5324a83

Nombres y apellidos / Full name: **KELLY JOHANA CIFUENTES FLOREZ**

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

Número de identificación / ID Number: **1007226989**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **24/03/2000**

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

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

Correo electrónico / e-mail:

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination Dia / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
VPH	Primera	29	04	2013		H012968	HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS ESE	
VPH	Segunda	03	10	2013		J004440	HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS ESE	
TdaP Acelular Gestante	Anual	02	05	2017		AC37B209DB	HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS ESE	
TD Adulto	Primera	01	08	2020		2338X004AE	HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS ESE	MARIA BELEN MARTINEZ CASTAÑO
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	01	08	2020		U3B551V	HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS ESE	MARIA BELEN MARTINEZ CASTAÑO
Hepatitis B Adultos	Primera	24	06	2021		ufx19015	HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS ESE	COMFA
COVID MODERNA	Segunda	30	11	2021	MODERNA SWITZERLAND GMBH	017J21A	HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS ESE	MARIA GLADYS RIOS GARCES
COVID MODERNA	Primer Refuerzo	09	06	2022	Moderna Biotech	037M21A	AMAGA ESE H. San Fernando	LUZ MERY OSORIO BEDOYA
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	06	07	2022	BUTANTAN	230050	AMAGA ESE H. San Fernando	LUZ MERY OSORIO BEDOYA - CC21438570 - ACTIVO
Fiebre Amarilla	Única	09	11	2024	Bio-Manguinhos/FIOCRUZ	231VFC005Z	HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS ESE	ALBA LUCIA ARBELAEZ AGUDELO
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	21	05	2026	GC BIOPHARMA CORP	V50526001	HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS ESE	ALBA LUCIA ARBELAEZ AGUDELO - CC24370089 - ACTIVO
TD Adulto	Segunda	21	05	2026	Serum	2335L003B	HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS ESE	ALBA LUCIA ARBELAEZ AGUDELO - CC24370089 - ACTIVO
Hepatitis B Adultos	Segunda	21	05	2026	Serum	0344X002C	HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS ESE	ALBA LUCIA ARBELAEZ AGUDELO - CC24370089 - ACTIVO

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

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

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

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

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

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

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

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

LABIMED S.A.S LABORATORIO CLÍNICO

NOMBRE:	**KELLY JOHANA CIFUENTES FLOREZ**	EDAD:	**26**
IDENTIFICACION:	**1007226989**	SEXO:	**FEMENINO**
DIRECCION:		TELS:	
ENTIDAD:	**LABORATORIO SAMAYA. DRA SANDRA ARROYAVE**	FECHA:	**2026-08-31 - 2140**
		C.A.S.:	**158232**

ITEMS	RESULTADOS	VALORES DE DIFERENCIA	UNIDADES
ESPECIALIZADOS			
VARICELA ZOSTER ANTICUERPOS IgG			
VARICELA ZOSTER IgG	168.5		mUI/mL
VALORES DE REFERENCIA			
NEGATIVO		MENOR de - 150	mUI/mL
POSITIVO		MAYOR o IGUAL de - 150	mUI/mL

La interpretacion de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al medico. Resultados Validos unicamente con la muestra analizada.

DIANA ISABEL CASTRILLON BEDOYA
BACTERIOLOGA – R.M.: 3466

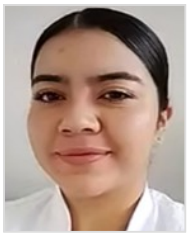
DR. JULIO CÉSAR FLÓREZ PÉREZ
LSST Resolución No. 2020060116321
Médico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo

Calle 6 # 8-03, Aguadas - Caldas
Teléfono : 312 894 5397
juliocesarflorezp@gmail.com

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Tipo Evaluación: Pre-Ingreso

Conceptos Especiales: Osteomuscular



Realizado en				**Fecha Emisión**	**Orden Servicio**
AGUADAS (Caldas)				2026-05-23	1644201
Nombres y Apellidos				**Identificación**	**Sexo Biológico**
Kelly Johana Cifuentes Florez				CC 1007226989	Femenino
Fecha Nacimiento	**Edad**	**Tipo Sangre - Rh ***	**Dirección Residencia**		**Teléfonos**
2000-03-24	26 años	A+	Vereda Goteras		3170069733
EPS		**ARL**		**AFP**	
Nueva EPS		Positiva		Colpensiones	
Valoración realizada para el cargo		**Empresa**		**Empresa Usuaria**	
AUXILIAR DE ENFERMERIA		NIT 890801035-4 Hospital San Jose de Aguadas		Hospital San Jose de Aguadas	
Actividad Económica					
8699 - Otras actividades de atención de la salud humana					

(*) Valor registrado según documento de identidad suministrado por el usuario

El siguiente concepto se emite conforme a la Resolución 1843 de 2025, de acuerdo con el perfil del cargo definido por la empresa y según los hallazgos de la Evaluación Médica Ocupacional realizada al usuario el 2026-05-23, por Telesalud. Para emitir el concepto se analizaron los siguientes exámenes complementarios:

Exámenes complementarios no realizados.

CONCEPTO MÉDICO

- **Pre-Ingreso:** Condiciones de salud que no interfieren con la capacidad laboral del trabajador y los requerimientos del perfil del cargo.
- **Osteomuscular:** Sin hallazgos clínicos de patología osteomuscular aparente.

OBSERVACIONES GENERALES PARA EL TRABAJADOR

- Atender las recomendaciones y/o restricciones emitidas en este concepto, tanto en el ámbito intralaboral como extralaboral
- Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST, incluyendo el uso correcto de los EPP cuando aplique.

OBSERVACIONES GENERALES PARA LA EMPRESA

- Comunicar al trabajador el concepto y recomendaciones emitidas en este documento
- Realizar periódicamente todos los exámenes definidos según perfil del cargo

Expedido por

Julio César Flórez Pérez
CC. 71312275
Medico
Registro No: 71312275, LSST: 2020060116321

Recibido por

Kelly Johana Cifuentes Florez
CC. 1007226989

Espacio exclusivo para ser diligenciado por Hospital San Jose de Aguadas. Constancia de entrega y recibido para registros del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa.

Entregado por:	**Recibido por:**
Nombre: Cargo:	Kelly Johana Cifuentes Florez CC: 1007226989

Valide este documento en:
`https://simeonips.com/validar/cmo/gp5v6wzq-91lw-fr44-g8i5-8hro14x2er8k`
Fecha Impresión: 2026-05-23 10:11:35 498224

Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente

Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso

Edit

Información del usuario



Cargo	
Título	
Nombre	KELLY JOHANA
Apellidos	CIFUENTES FLOREZ
Fecha de Nacimiento	24/03/2000 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
	Usted pertenece a un grupo joven
Nivel Educativo	CompleteTechnicalOrTechnological
Género	
¿Tiene alguna discapacidad?	○ Sí ○ No
Nombre y apellido	KELLY JOHANA CIFUENTES FLOREZ
Tipo de documento	
Número de documento	
Dirección	
Código postal	
Estrato	
Ubicación	
País	COLOMBIA
Correo electrónico	johacifuentes36@gmail.com
Teléfono	
Celular	3170069733

Configuración

Zona horaria	(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma	Español (Colombia)
Configuración regional	Spanish (Colombia)

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	¿Cuál es su número de teléfono?
Respuesta	3170069733
SMS para recuperar la contraseña	3170069733

Edit

Certificación

Bancaria

Viernes, 23 de octubre de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que KELLY JOHANA CIFUENTES FLOREZ identificado(a) con CC 1007226989, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta de ahorros	64300017329	2019-07-25	Activo	****

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números:Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345.Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento bancario

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1007226989
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			KELLY JOHANA CIFUENTES FLOREZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	AGUADAS	DEPARTAMENTO:	CALDAS
DIRECCIÓN:	VEREDA TIERRA FRIA ARMA	TELÉFONO:	9999999
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**6041435453**			TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	octubre	AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	octubre	AÑO 2026
DÍAS DE MORA:	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/10/23			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	766638534		

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.200	$ 0	$ 280.200
SUBTOTALES:										**$ 280.200**	**$ 0**	**$ 280.200**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 218.900
SUBTOTALES:													**$ 218.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 218.900**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 42.700	$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 42.700
SUBTOTALES:									**$ 42.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 42.700**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1007226989	CIFUENTES FLOREZ KELLY JOHANA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.750.905	100722698	$ 42.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 541.800

Planilla Pagada

CONOCIMIENTO DEL CLIENTE DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS
PERSONA NATURAL O JURÍDICA
(ANEXO MANUAL SARLAFT)

Persona Natural: X_____ Persona Jurídica: _____

Información empresa
Razón social: ESE HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS NIT: 890.801.035-4
Dirección: CRA 3 CALLE 16 Y 17 SALIDA PACORA Teléfono: 3207973841

Información representante legal y personas naturales

Nombre completo: _____ Identificación: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____
Lugar y fecha de nacimiento: _____
Ocupación u oficio: _____
_____
Caracterización PEP (Personas expuestas políticamente): SI ___NO ___

¿Realiza operaciones internacionales?: SI ___NO ___
¿Cuáles?
_____
_____
_____

DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS

Yo, Kelly Johana Cifuentes Flórez identificado con el documento de identidad No. 1007226989__, expedido en aguadas, obrando en nombre propio y/o representación legal de ESE Hospital San José Aguadas con NIT 890801035, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración en cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa No.009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y demás normas legales concordantes.

1. Los recursos que manejo o mis recursos propios provienen de las siguientes fuentes (Detalle de la ocupación, oficio, Profesión, actividad, negocio, etc.) – No colocar genéricos como por ejemplo: comerciante).

Auxiliar de enfermeria
_____
_____
_____

2. Si posee ingresos adicionales, especifique:

_____
_____
_____

3. Declaro que estos recursos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.

4. No admitiré que terceros efectúen depósitos a nombre mío, con fondos provenientes de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.

5. Autorizo a saldar las obligaciones o depósitos con esta institución, en el caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este documento eximiendo a la E.S.E. HOSPITAL SAN JOSÉ DE AGUADAS CALDAS de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento o de la violación del mismo.

6. Autorizo a la E.S.E. HOSPITAL SAN JOSÉ DE AGUADAS CALDAS que de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada, permita a los procesos y personas relacionadas con el Sistema de Administración del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo al interior de la institución, recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, dar tratamiento, actualizary disponer de los datosquehan sido suministrados y que se han incorporado en distintas bases o bancos de datos con que cuenta la institución. Esta información es, y será utilizada en el desarrollo de las funciones propias de información, supervisión y control, de forma directa o a través de terceros.
   Por lo anterior en los términos dispuestos por el artículo 10 del decreto 1377 de 2013 autorizo de manera expresa e inequívoca a la institución para mantener y manejar la información conforme a lo previsto en el presente documento.

7. Autorizo de manera irrevocable a la E.S.E. HOSPITAL SAN JOSÉ DE AGUADAS CALDAS, para que con fines de control, supervisión y de información, consulte en las listas restrictivas vinculantes para Colombia y a cualquier otra Entidad que maneje banco de datos de información de lavado de activos y financiación del terrorismo, y así mismo se realicen los reportes respectivos a la unidad de información y análisis financiero en el marco de la normatividad legal vigente.

En constancia de haber leído y acatado lo anterior firmo el presente documento a los 28 días del mes de octubre del año 2026 en la ciudad de aguadas.

Kelly Johana Cifuentes Florez.

FIRMA DEL CLIENTE

kelly Johana Cifuentes Florez
NOMBRE

1007226989
C.C / NIT

Huella Índice Derecho



E.S.E. - HOSPITAL SAN JOSE
HSJ
AGUADAS - CALDAS

La ESE Hospital San José de Aguadas, identificada con NIT 890801035-4, con domicilio en la Carrera 3 entre calles 16 y 17, Barrio Olivares del municipio de Aguadas (Caldas), en cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y demás normas concordantes, informa que los datos personales suministrados por los usuarios, pacientes, familiares, acudientes o representantes legales serán objeto de recolección, almacenamiento, uso, circulación, actualización, transmisión y conservación, de acuerdo con las finalidades autorizadas y la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales adoptada por la institución.

La ESE Hospital San José de Aguadas garantiza que el tratamiento de los datos personales se realizará bajo los principios de legalidad, finalidad, libertad, veracidad, transparencia, acceso restringido, seguridad y confidencialidad, respetando en todo momento los derechos de los titulares de la información.

De conformidad con la normatividad vigente, se informa que el suministro de datos sensibles, incluidos aquellos relacionados con el estado de salud, así como los datos de niños, niñas y adolescentes, es facultativo. No obstante, en el marco de la prestación de los servicios de salud, el tratamiento de esta información podrá resultar necesario para garantizar una atención integral, segura y oportuna.

Mediante la firma del presente documento, autorizo de manera previa, expresa e informada a la ESE Hospital San José de Aguadas para el tratamiento de mis datos personales, incluyendo aquellos considerados sensibles cuando sea procedente, para las siguientes finalidades:

- Prestar servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y demás actividades relacionadas con la atención en salud.
- Aperturar, administrar, custodiar, conservar y gestionar la historia clínica y demás registros asistenciales requeridos para la prestación de los servicios de salud.
- Gestionar citas, procedimientos, ayudas diagnósticas, medicamentos, remisiones, referencias y contrarreferencias.
- Realizar procesos de facturación, auditoría de cuentas médicas, recaudo, cartera y demás actividades administrativas derivadas de la prestación de servicios de salud.
- Cumplir las obligaciones legales, regulatorias y contractuales aplicables al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Reportar información a las entidades de inspección, vigilancia y control, autoridades judiciales, administrativas, organismos de salud pública y demás entidades legalmente facultadas para solicitarla.
- Desarrollar actividades de vigilancia epidemiológica, seguridad del paciente, gestión del riesgo en salud, farmacovigilancia, tecnovigilancia y demás programas institucionales obligatorios.
- Gestionar peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, felicitaciones y demás mecanismos de atención al usuario.
- Realizar procesos de gestión documental, conservación de registros y custodia de la información conforme a la normatividad vigente.

Vigilado Supersalud

Carrera 3 entre Calles 16 Y 17, Aguadas (Caldas)
310 538 0042
administracion@hospitaldeaguadas.gov.co
WWW.HOSPITALAGUADAS.GOV.CO
/ hospitaldeaguadas

- Desarrollar actividades de docencia-servicio, investigación científica y análisis estadísticos relacionados con el sector salud, garantizando la confidencialidad y protección de la información cuando corresponda.
- Implementar mecanismos de seguridad de la información, control de acceso, gestión tecnológica y mejora continua de los servicios institucionales.

Autorizo igualmente a la ESE Hospital San José de Aguadas para transmitir o compartir la información estrictamente necesaria con entidades responsables de pago, otros prestadores de servicios de salud, operadores tecnológicos, entidades territoriales de salud, autoridades competentes y demás actores autorizados por la ley, cuando ello sea requerido para el cumplimiento de las finalidades anteriormente descritas.

Se me ha informado que como titular de la información tengo derecho a:

- Conocer, actualizar y rectificar mis datos personales.
- Solicitar prueba de la autorización otorgada.
- Ser informado sobre el uso dado a mis datos personales.
- Presentar consultas, peticiones, quejas o reclamos relacionados con el tratamiento de mis datos.
- Solicitar la revocatoria de la autorización o la supresión de la información cuando sea procedente.
- Presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio cuando considere vulnerados sus derechos.
- Acceder gratuitamente a los datos personales que sean objeto de tratamiento.

Para ejercer estos derechos podré presentar mis solicitudes a través de los siguientes canales institucionales:

Dirección: Carrera 3 entre calles 16 y 17, Barrio Olivares, Aguadas (Caldas).
Correo electrónico: secretariageneral@hospitaldeaguadas.gov.co

Declaro que he sido informado sobre el tratamiento de mis datos personales y otorgo la presente autorización de manera libre, previa, expresa e informada.

Nombre del titular: _Kelly Johana Cifuentes Florez_____
Tipo y número de documento: cc: 1007226989_____

Firma del titular o representante legal: Kelly Johana Cifuentes Florez.
Parentesco (si aplica): _____
Fecha: __28__ / 10___ / 2026_____

Aguadas, _28___ de OCTUBRE de __2026____

Doctor
OSCAR FERNANDO ARROYAVE GARCÍA
Gerente
Hospital San José de Aguadas ESE

Asunto: Autorización para consulta de historia laboral y/o expediente contractual

Yo, ___Kelly Johana Cifuentes Florez_____, identificado(a) con documento de identidad No. ___1007226989_____, en calidad de:

X☐ Empleado(a) ☐ Contratista

Autorizo de manera libre, previa, expresa e informada a la ESE Hospital San José de Aguadas para consultar, revisar, utilizar y tratar la información contenida en mi historia laboral y/o expediente contractual, exclusivamente para fines administrativos, legales, contractuales, de talento humano, gestión documental, verificación de requisitos institucionales y atención de requerimientos efectuados por autoridades competentes, organismos de inspección, vigilancia y control, entidades del Sistema General de Seguridad Social, procesos de auditoría, habilitación y demás actividades relacionadas con el cumplimiento de las funciones institucionales.

La presente autorización se otorga en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015, la Ley 594 de 2000 y demás disposiciones que regulan la protección de datos personales y la gestión documental en Colombia.

Declaro que he sido informado(a) sobre mis derechos como titular de la información, los cuales incluyen conocer, actualizar, rectificar y solicitar información sobre el tratamiento de mis datos personales, así como presentar consultas o reclamos a través de los canales institucionales definidos por el Hospital San José de Aguadas ESE.

La presente autorización permanecerá vigente durante el tiempo necesario para el cumplimiento de las finalidades descritas y los períodos de conservación documental establecidos por la normatividad aplicable.
Cordialmente,

Nombre completo ___Kelly Johana Cifuentes Florez_____

Firma Kelly Johana Cifuentes Florez.

Número de identificación __1007226989_____

Vigilado Supersalud

Carrera 3 entre Calles 16 Y 17, Aguadas (Caldas)
310 538 0042
administracion@hospitaldeaguadas.gov.co
WWW.HOSPITALAGUADAS.GOV.CO
/ hospitaldeaguadas

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 viernes 23 de octubre de 2026, a las 10:22:16, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1007226989
Código de Verificación	1007226989261023102215

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.



LUIS MIGUEL MARTINEZ ROMERO
Contralor Delegado

Generó: WEB

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 305290653

PIB
10:25:22

Bogotá DC, 23 de octubre del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) KELLY JOHANA CIFUENTES FLOREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1007226989:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 06:43:44 PM horas del 21/10/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1007226989**
Apellidos y Nombres: **CIFUENTES FLOREZ KELLY JOHANA**

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.

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

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

GOV.CO

Todos los derechos reservados.

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, 21/10/2026 06:42:35 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1007226989** y Nombre: **KELLY JOHANA CIFUENTES FLOREZ.**

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. **150041196** . 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

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 10:28:10 horas del 23/10/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1007226989,** Apellidos y Nombres **CIFUENTES FLOREZ KELLY JOHANA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **KELLY JOHANA CIFUENTES**, con NIT **100722698-9** 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.

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

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1007226989 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 23/10/2026 09:41 AM

Código Verificación: **MGC1BFZ7QP**

Válida hasta: **23/01/2027**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC