Cáchira Norte de Santander, octubre de 2026

Doctora:
ANDREA CAROLINA TORRES MORA
Gerente
ESE HOSPITAL REGIONAL OCCIDENTE
E. S. D.

Asunto: PROPUESTA DE PRESTACION DE SERVICIOS y manifestación de no estar incurso en Inhabilidades, incompatibilidades, conflictos de interés o ser persona políticamente expuesta.

Respetada Doctora:

En atención a su invitación, me permito ofrecer mis servicios a la Entidad, para ejercer actividades, con toda mi capacidad intelectual y física conforme a todas las disposiciones establecidas por la Entidad, comprometiéndome a actuar de buena fe, y cumpliendo a cabalidad con el objeto contractual y su alcance como AUXILIAR DE ENFERMERIA. Servicios que serán prestados en la ESE HOSPITAL REGIONAL OCCIDENTE.

Así mismo, bajo la gravedad de juramento y comprendiendo plenamente sus efectos, de conformidad con el artículo 442 de la Ley 599 de 2000 (Código Penal), que dispone: *"ARTICULO 442. FALSO TESTIMONIO. El que, en actuación judicial o administrativa, bajo la gravedad del juramento ante autoridad competente, falte a la verdad o la calle total o parcialmente, incurrirá en prisión de seis (6) a doce (12) años."*; manifiesto que a la fecha no soy persona políticamente expuesta según los artículos 2.1.4.2.1. a 2.1.4.2.8. del Decreto 1081 de 2015, en concordancia con el Decreto 1674 de 2016 y la Ley 970 de 2005, tampoco estoy incurso en impedimentos o conflictos de interés, ni en las causales de inhabilidad y/o incompatibilidad del orden constitucional o legal para celebrar contratos con la Administración Pública, particularmente contratos de prestación de servicios con la ESE HOSPITAL REGIONAL OCCIDENTE (Cáchira y la Esperanza Norte de Santander), por cuanto no me encuentro incurso en las causales consagradas en los artículos 122, 126 y 127 de la Constitución Política Colombiana, los artículos 8 y 9 de la Ley 80 de 1993, las establecidas en la Ley 1474 de 2011, Decreto 128 de 1976, Ley 53 de 1990, Ley 14 de 1991, Ley 5 de 1992, Ley 31 de 1992, Ley 44 de 1993, Ley 68 de 1993, Ley 136 de 1994, Ley 142 de 1994, Ley 182 de 1995, Ley 418 de 1997, Ley 435 de 1998, Ley 472 de 1998, Decreto 262 de 2000, Ley 617 de 2000, Ley 643 de 2001, Ley 1296 de 2009, Ley 685 de 2001, Ley 734 de 2002, Ley 936 de 2005, Ley 970 de 2005, Ley 1379 de 2010, Decreto 092 de 2017, Ley 1801 de 2016, Ley 1952 de 2019 y demás disposiciones vigentes que las regulan.

En espera que mi propuesta cumpla con las expectativas que ha fijado su Administración.

Atentamente,

Elly Johanna Florez

ELLY JOHANNA FLOREZ
C.C. N° 1094780129 expedida en Cáchira

INHABILIDADES:

1) Establecidas en los artículos 122, 126, 127 y 279 de la Constitución
2) Artículos 8 y 9 de la Ley 80 de 1993.
3) Artículo 18 de la Ley 1150 de 2007.
4) artículos 1,2,3,4,5,26,27 84, 90 de la Ley 1474 de 2011.
5) Artículos 1, 2, 3, 4 de la Ley 1474 de 2011,
6) Artículo 19 de la Ley 53 de 1990,
7) Ley 136 de 1994, artículo 42 numeral 2, artículo 47
8) Artículo 31, 34, 38,41, 44, 49 de la Ley 617 de 2000,
9) Artículo 35, 38, 39, 48, 53, 56 de la Ley 734 de 2002,
10) Artículo 22 de la Ley 435 de 1998
11) Artículo 32 de la Ley 472 de 1998
12) Artículo 91 de la Ley 418 de 1997
13) Ley 643 de 2001 art 10
14) Ley 1379 de 2010, art 30
15) Ley 685 de 2001
16) Ley 14 de 1991, artículo 36
17) Ley 936 de 2005, artículo 9
18) Ley 44 de 1993, artículo 45, 46, 47, 48, 49 der autor NO
19) Ley 5 de 1992, artículo 282
20) Ley 68 de 1993, artículo 6
21) Ley 142 de 1994, artículo 44
22) Artículo 183 de la Ley 1801 de 2016 y demás normatividad que las consagre.
23) Decreto 262 de 2000, artículo 5
24) Ley 182 de 1995, artículo 10
25) Ley 31 de 1992, artículo 31
26) Decreto 128 de 1976, artículo 10, artículo 12, artículo 14
27) Art 6 Decreto 92 de 2017
28) Artículo 14 del Decreto 128 de 1976
29) del Artículo 43, 45 literales a), b), c) y d) 46, 128 de la Ley 136 de 1994
30) ley 1296 de 2009 art 1
31) Ley 970 de 2005
32) Ley 1952 de 2019 artículo 43
33) Ni es Personas Expuestas Políticamente Decreto 1081 de 2015, Artículo 2.1.4.2.3.
34) Decreto 1674 de 2016 y Artículo 2.1.4.2.3 - Ley 970 de 2005: persona Expuestas Políticamente

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA: Hospital Regional De Occidente

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
FLOREZ		ELLY JOHANNA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1094780129

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: _____

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 22 MES 02 AÑO 1993

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: NORTE DE SANTANDER

MUNICIPIO: CACHIRA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: CLL 4 KDX 12-04 BARRIO CUESTA BLANCA

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: NORTE DE S/DER

MUNICIPIO: CACHIRA

TELÉFONO: 314537 9743 EMAIL: ELLYFLOREZ1993@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										
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X1

TÍTULO OBTENIDO: BACHILLER ACADEMICO

FECHA DE GRADO: MES 01 AÑO 2011

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
TC	4	X		TECNICA AGROPECUARIA EXPLOTACIONES ECOLOGICAS	01	2011	
TC	4	X		TECNICA AUXILAR EN ENFERMERIA	12	2023	

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Instituto de Rehabilitación del Caribe IRECA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
MAGDALENA	SANTA MARTA	info@ireca.com.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
300 645 9469	DÍA 08 MES 08 AÑO 2023	DÍA 16 MES 11 AÑO 2023

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Auxiliar de enfermería	Consuta externa	Cll 14 No 19a -57

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Instituto de Rehabilitación del Caribe IRECA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
MAGDALENA	SANTA MARTA	info@ireca.com.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
300 645 9469	DÍA 24 MES 02 AÑO 2023	DÍA 04 MES 08 AÑO 2023

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Auxiliar de enfermería	Consuta externa	Cll 14 No 19a -57

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Hospital Regional de Occidente	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Norte de Santander	Cachira	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 03 MES 06 AÑO 2025	DÍA 02 MES 12 AÑO 2025

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Auxiliar de enfermería	Salud Pública	Calle 6ª No.4-89 Barrio Kennedy

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Hospital Regional de Occidente	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Norte de Santander	Cachira	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 27 MES 06 AÑO 2025	DÍA 12 MES 12 AÑO 2025

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Auxiliar de enfermería	Equipos Básicos	Calle 6ª No.4-89 Barrio Kennedy

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
Auxiliar de enfermería	2	03

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Elly Johanna Florez

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.094.780.129



Apellidos
FLOREZ

Nombres
ELLY JOHANNA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.50

Sexo
F

Fecha de nacimiento
22 FEB 1993

G.S.
A+

Lugar de nacimiento
CACHIRA (NORTE DE SANTANDER)

Fecha y lugar de expedición
01 MAR 2011, CACHIRA

Firma

Fecha de expiración
13 SEPT 2033

CS Escaneado con CamScanner

.CO

033513142

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL033513142425019<<<<<<<<<<
9302224F3309139COL1094780129<8
FLOREZ<<ELLY<JOHANNA<<<<<<<<<<

CS Escaneado con CamScanner

La República de Colombia

y en su nombre el

Instituto Técnico Agrícola

Cáchira - Norte de Santander

Reconocido oficialmente por la Secretaría de Educación Departamental, según Resolución No. 00-1852 del 13 de noviembre de 2009,

Confiere a

Elly Johanna Flórez

Identificado(a) con T.I. No. 930222228437 Expedida en Cáchira

El Título de

Bachiller Técnico

Especialidad

Explotaciones Agropecuarias Ecológicas

Por haber culminado la Educación Media Técnica y cumplido con todos los requisitos de promoción adoptados por el establecimiento en su Proyecto Educativo Institucional de acuerdo con la ley y las normas vigentes.

Rector, Jaime A. Moreno T.

Secretaria,

ADELANTE INSTITUTO TECNICO AGRICOLA

Este Diploma no requiere de registro en Secretaría de Educación (Decreto Nacional No. 921 de 1994)

Anotado en el control interno del plantel en el

Libro No. 2 Folio No. 17 Diploma No. 0477

Dado en Cáchira, a 21 de Enero del año 2011.

INSTITUTO TÉCNICO AGRÍCOLA
CÁCHIRA - NORTE DE SANTANDER

DANE 154128000680

Jornada COMPLETA

Registro PEI 0000150228

Acta de Grado

En la ciudad de Cáchira, a los 21 días del mes de enero de 2011, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría del **INSTITUTO TÉCNICO AGRÍCOLA,** Institución aprobada hasta undécimo grado en el nivel de Educación Media **TÉCNICA** y reconocida oficialmente por la secretaría de Educación Departamental para otorgar el título de Bachiller en la Modalidad **AGROPECUARIA**, según resolución No. 004852 del 13 de Noviembre de 2009.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media **TÉCNICA**, y habiendo cumplido con todos los requisitos de promoción adoptados por el establecimiento en su Proyecto Educativo Institucional de acuerdo con la ley y las normas vigentes, se procedió a otorgar el TÍTULO DE:

BACHILLER TÉCNICO
ESPECIALIDAD EXPLOTACIONES AGROPECUARIAS ECOLÓGICAS

al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

ELLY JOHANNA FLÓREZ
T.I. 930222-28437 DE CÁCHIRA (N. DE S.)

Es copia tomada del Acta General de Graduación No. 047 de fecha 21 de enero de 2011, que consta de 3 estudiantes graduandas, inicia con el nombre de YENITH MARCELA CÁRDENAS GUERRERO y cierra con el nombre de MARÍA ALEJANDRA ORELLANOS GUTIÉRREZ.
Firmada por: Esp. JAIME ALFONSO MORENO TORRES (Rector) y OTILIA CORTÉS DE SOLANO (Secretaria), en cumplimiento a lo ordenado en el artículo 7 Decreto 180 de 1981.

Dada en Cáchira, el 21 de enero del año 2011.

Jaime A Moreno T.
Rector,
C.C. No. 13.350.954 DE PAMPLONA

Secretaria,
C.C. No. 41.655.925 DE BOGOTÁ

República de Colombia

Y en su nombre, la

Corporación Técnica del Magdalena

Resolución Oficial No. 1816 de Diciembre de 2021
Otorgado por la Secretaria de Educación Distrital de Santa Marta

Certifica a:

Elly Johanna Florez

Identificado (a): D . I .1094780129 Expedido en Santa Marta

Técnico Laboral por Competencia en:

Auxiliar En Enfermería

Res 1085
Horas:1800

Director Académico

Secretaria Académica

No. de Acta 021 Registrado en el Libro No. 003 Folio No. 043
Dado en Santa Marta a los 15 dias de Diciembre de 2023

ACTA DE GRADO

En la ciudad de Santa Marta, a los 15 días del mes de Diciembre del año 2023, se reunieron con el fin de formalizar la certificación de las competencias laborales de los estudiantes, los suscritos Director(a) y Secretario(a) Académico(a) de la **Corporación Técnica del Magdalena "COTEMAG"**, Institución de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano aprobada mediante Resolución Número 0285 del 10 de mayo de 2017, otorgada por la Secretaría de Educación Distrital de Santa Marta.

Se certifican las competencias laborales del Programa: **Técnico laboral por competencias en Auxiliar en Enfermería**, bajo la Resolución Número 1085 del 31 de julio de 2019,

Al Técnico(a) cuyo nombre, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

ELLY JOHANNA FLOREZ
C.C. 1.094.780.129 DE SANTA MARTA

Esta Acta es fiel copia tomada de la original: **Libro 003, Acta 021, Folio 043**, firmada por los suscritos Director(a) **ROGER TRUJILLO ROSEMBERG** y Secretario(a) Académico(a) **DANNY MAURICIO ROSALES CANEDA**.

Dado en Santa Marta, a los 15 días de Diciembre del año 2023.

En constancia se firma la presente, por quienes intervinieron en cumplimiento de lo ordenado en el Decreto 1075 de 2015.

ROGER TRUJILLO ROSEMBERG
Director(a) Académico(a)

DANNY M. ROSALES CANEDA
Secretario(a) Académico(a)

CORPORACION ... DEL MAGDALENA

COTEMAG

CORPORACIÓN TÉCNICA DEL MAGDALENA

Resolución Nº: 0285
10 de mayo 2017
NIT: 901236653

CERTIFICA QUE:

ELLY JOHANNA FLOREZ

D.I.: 1.094.780.129 Exp.: CACHIRÁ

Asistió en esta institución al:
Seminario de

SEGURIDAD DEL PACIENTE

Con una intensidad total de 5 horas

Director Académico
JAIR CORREDOR

Facilitador
ANGELLO GALINDO
COORDINADOR

FECHA: 10 DE ABRIL DEL 2022

COTEMAG

CORPORACIÓN TÉCNICA DEL MAGDALENA

Resolución N°: 1816
9 de diciembre de 2021
NIT: 900362155-0

CERTIFICA QUE:

ELLY JOHANNA FLOREZ

D.I.: 1.094.780.129 Exp.: CACHIRÁ

Asistió en esta institución al
Seminario de:

MANEJO DE TRIAGE

Con una intensidad total de 5 horas

Coordinador Académico
JAIR CORREDOR

Facilitador
ANGELLO GALINDO

FECHA: 13- DE AGOSTO-2022

COTEMAG

CORPORACIÓN TÉCNICA DEL MAGDALENA

Resolución Nº: 1816
9 de diciembre de 2021
NIT: 900362155-0

CERTIFICA QUE:

ELLY JOHANNA FLOREZ

D.I.: 1.094.780.129 Exp.: CACHIRÁ

Asistió en esta institución al
Taller de:

INGLES

Con una intensidad total de 8 horas

Coordinador Académico
ANGELLO GALINDO

Facilitador
DEIMER PEREZ

FECHA: 28 MAYO DE 2023

CORPORACION TECNICA DEL MAGDALENA

COTEMAG

CORPORACIÓN TÉCNICA DEL MAGDALENA

Resolución Nº: 1816
9 de diciembre de 2021
NIT: 900362155-0

CERTIFICA QUE:

ELLY JOHANNA FLOREZ

D.I.: 1.094.780.129 Exp.: CACHIRÁ

Asistió en esta institución al
Taller de:

CÓDIGO AZUL

Con una intensidad total de 8 horas

Coordinador Académico
ANGELLO GALINDO

Andrés Estrada
Facilitador
ANDRES ESTRADA

FECHA: 04 JUNIO DE 2023

CORPORACION TECNICA DEL MAGDALENA

IRECA
INSTITUTO DE REHABILITACIÓN DEL CARIBE

Instituto De Rehabilitación Del Caribe
Nit: 901659987-1
Av. Libertador # 19a-57

EL INSTITUTO DE REHABILITACION DEL CARIBE S.A.S
"IRECA IPS"

CERTIFICA:

Que la joven **ELLY JOHANNA FLOREZ** identificado con documento de identidad **No 1.094.780.129** expedida en Cachira (norte de Santander), cumplió con su ciclo de 540 Horas de prácticas formativas, cumpliendo a cabalidad con las labores asignadas como auxiliar de enfermería; demostrando sus capacidades aprendidas de la mejor manera, en las áreas donde desempeño sus cualidades tales como, auxiliar en fisioterapia y neurodesarrollo.

Se expide el presente certificado el primer (16) día del mes de noviembre de 2023.

Cordialmente,

Silvia M. Suárez U.

SILVIA MILENA SUAREZ URIBE
Gerente
Av. del Libertador No 19a-57

Powered by CamScanner

EL PROFESIONAL UNIVERSITARIO GRADO 09 CON FUNCIONES DE TALENTO HUMANO DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL OCCIDENTE DE CACHIRA – LA ESPERANZA NORTE DE SANTANDER,

C E R T I F I C A:

Que, la señora **ELLY JOHANNA FLOREZ,** identificada con cédula de ciudadanía No.1.094.780.129 expedida en Cáchira (N.S.), presto los servicios en la ESE HOSPITAL REGIONAL OCCIDENTE por medio de contratos de prestación de servicios que se detallan de la siguiente manera:

CONTRATO No. 165 DEL 06 DE AGOSTO 2024 AL 05 DE OCTUBRE DE 2024 EJECUTANDO EL SIGUIENTE OBJETO:

Prestar servicios como Auxiliar de Enfermería en la ejecución de las actividades del Convenio Interadministrativo celebrado con el Municipio de Cáchira Norte de Santander en la prestación de servicios de baja complejidad en lo pertinente a la ejecución de las acciones de promoción de la salud y calidad de vida y prevención de los riesgos en salud del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas en la jurisdicción del Municipio de Cáchira en lo pertinente a las actividades que se encuentran inmersas en el PAS vigencia 2024 del municipio, "DIMENSION VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRASMISIBLES PLAN AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PAI", El Ejecutor se obliga para con la Ese Hospital Regional Occidente en virtud del presente convenio a cumplir con las siguientes metas producto anual así: **1.** promoción y difusión del programa ampliado de inmunizaciones al 100% **2.** Determinar la población a vacunar según edad y estado de aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud y enfoque diferencial **3.** Seguimiento de biológicos trazadores y análisis a la deserción de la población objeto del Programa. **4.** ejercer actividades según proyecto denominado "DESARROLLO Y EJECUCION DEL PLAN DE HABITOS DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRASMISIBLES PAI realizando la canalización casa a casa que permita captar la población para iniciar, continuar y completar los esquemas de vacunación, cuyo objetivo es mejorar los resultados de coberturas en el municipio de Cáchira en las siguientes veredas: Los mangos, vegas de Ramírez, Ramírez, guerrero, galvanes, el manzano, bellavista, la reforma, barro hondo (Santo Domingo), cuatro esquinas, san José de la montaña, canoas, la carrilla (las Américas), barandillas, san José de paramillo, el corregimiento de la carrera, la vega y casco urbano de Cáchira cuando le corresponda por cronograma. **5.** Asistir a las jornadas de salud que la ESE programe dentro de su área de jurisdicción del presente contrato. **6.** Capacitar a los presidentes de la junta de acción comunal y a

Powered by CamScanner

la comunidad en general del municipio de Cáchira acerca de las prácticas claves AIEPI en las veredas asignadas. **7.** Asistir a las capacitaciones programadas por la ESE a través de la Enfermera en Servicio Social Obligatorio y/u otro personal competente que asigne la Empresa. **8.** Las demás funciones que se le asignen y sean afines a la naturaleza del cargo. **9.** Desarrollar el formato de canalización debidamente diligenciado del esquema registrado en el carnet. **10.** Verificar el esquema de vacunas de cada niño canalizado en el día de la jornada.

CONTRATO No. 245 DEL 13 DE NOVIEMBRE 2024 AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2024 EJECUTANDO EL SIGUIENTE OBJETO:

Prestar servicios como Auxiliar de Enfermería en la ejecución de las actividades del Convenio Interadministrativo celebrado con el Municipio de Cáchira Norte de Santander en la prestación de servicios de baja complejidad en lo pertinente a la ejecución de las acciones de promoción de la salud y calidad de vida y prevención de los riesgos en salud del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas en la jurisdicción del Municipio de Cáchira en lo pertinente a las actividades que se encuentran inmersas en el PAS vigencia 2024 del municipio, "DIMENSION VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRASMISIBLES PLAN AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PAI", El Ejecutor se obliga para con la Ese Hospital Regional Occidente en virtud del presente convenio a cumplir con las siguientes metas producto anual así: **1.** promoción y difusión del programa ampliado de inmunizaciones al 100% **2.** Determinar la población a vacunar según edad y estado de aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud y enfoque diferencial **3.** Seguimiento de biológicos trazadores y análisis a la deserción de la población objeto del Programa. **4**. ejercer actividades según proyecto denominado "DESARROLLO Y EJECUCION DEL PLAN DE HABITOS DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRASMISIBLES PAI realizando la canalización casa a casa que permita captar la población para iniciar, continuar y completar los esquemas de vacunación, cuyo objetivo es mejorar los resultados de coberturas en el municipio de Cáchira en las siguientes veredas: Barrohondo, Barrandillas, San José de la Montaña. La reforma, Canoas, Bellavista, El manzano y casco urbano de Cáchira cuando le corresponda por cronograma. **5.** Asistir a las jornadas de salud que la ESE programe dentro de su área de jurisdicción del presente contrato. **6.** Capacitar a los presidentes de la junta de acción comunal y a la comunidad en general del municipio de Cáchira acerca de las prácticas claves AIEPI en las veredas asignadas. **7.** Asistir a las capacitaciones programadas por la ESE a través de la Enfermera en Servicio Social Obligatorio y/u otro personal competente que asigne la Empresa. **8.** Las demás funciones que se le asignen y sean afines a la naturaleza del

Powered by CamScanner

cargo. **9.** Desarrollar el formato de canalización debidamente diligenciado del esquema registrado en el carnet

Para su verificación, puede remitirse a la sede de la Empresa Social del Estado Hospital Regional Occidente ubicada en la calle 6 No.4ª-89 Barrio Kennedy del Municipio de Cáchira (NS) teléfono No. 3118241567 correo electrónico talentohumano@esehospitalregionaloccidente.gov.co

Se expide a los veintiún (21) días del mes abril de dos mil veinticinco (2025)

DIEGO ARMANDO MORA ARIAS
Profesional Universitario Grado (10)
Con funciones de Recursos

Digito: Barbara Jacqueline Ortega/ secretaria
Reviso y Aprobó: Diego Armando Mora/ Profesional de Talento Humano

Powered by CamScanner

Instituto De Rehabilitación Del Caribe
Nit: 901659987-1
Av. Libertador # 19a-57

EL INSTITUTO DE REHABILITACION DEL CARIBE S.A.S
"IRECA IPS"

CERTIFICA:

Que la señora **ELLY JOHANNA FLOREZ** identificada con cedula de ciudadanía **No 1.094.780.129** expedida en Cachira (Norte de Santander), cumplió con su primer ciclo de 540 horas de prácticas formativas, cumpliendo a cabalidad con las labores asignadas como auxiliar de enfermería; demostrando sus capacidades aprendidas de la mejor manera, en las áreas donde desempeño sus cualidades tales como, auxiliar en terapias físicas, neurodesarrollo y apoyo en consulta externa.

Se expide el presente certificado el primer (04) día del mes de agosto de 2023.

Cordialmente,

Silvia M. Suárez U.
SILVIA MILENA SUAREZ URIBE
Gerente
Av. del Libertador No 19a-57

Powered by CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141191516142

(415)7707212489984(8020) 000014119151614 2

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

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 9 4 7 8 0 1 2 9	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Norte de Santander 5 4	Cachirá 1 2 8

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
FLOREZ		ELLY	JOHANNA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Norte de Santander 5 4	Cachirá 1 2 8

41. Dirección principal: CL 4 # 12 - 4 FCA Clavellinas

42. Correo electrónico	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
ellyflorez1993@gmail.com	3 1 4 5 3 7 9 7 4 3	

43. Código postal

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 2 5 0 5 2 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 4 9

49 - No responsable de IVA

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 2025-07-15 / 10:38:12PM

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 FLOREZ ELLY JOHANNA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 07-10-2026 01:41:14PM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Cáchira Norte de Santander, octubre de 2026

AUTORIZACIÓN

Yo, **ELLY JOHANNA FLOREZ** identificado con C.C. N° 1094780729 expedida en Cáchira, autorizo a la ESE HOSPITAL REGIONAL OCCIDENTE a consultar la línea de registro de inhabilidades sobre delitos sexuales, con menores de edad, así como las actualizaciones que den lugar, de acuerdo al decreto 753 del 30 de abril de 2019 y demás normas concordantes y complementarias.

Atentamente,

Elly Johanna Florez

ELLY JOHANNA FLOREZ
C.C. N° 1094780129 expedida en Cáchira N.S.

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:14:57 horas del 09/10/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1094780129,** Apellidos y Nombres **FLOREZ ELLY JOHANNA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **Hospital regional occidente** , con NIT **807008843-6** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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

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: PERIÓDICO

Fecha de publicación: 2026-03-23 10:47

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ELLY	JOHANNA	FLOREZ	

Documento de identificación

Tipo: CEDULA DE CIUDADANIA

Número: 1094780129

Lugar de nacimiento

País: COLOMBIA

Departamento: NORTE DE SANTANDER

Municipio: CÁCHIRA

Lugar de domicilio

País: COLOMBIA

Departamento: NORTE DE SANTANDER

Municipio: CÁCHIRA

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 REGIONAL OCCIDENTE - NORTE DE SANTANDER

Lugar de sede

País: COLOMBIA

Departamento: NORTE DE SANTANDER

Municipio: CÁCHIRA

Dirección: ["Barrio Kennedy Cáchira Norte de Santander"]

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	$2.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$2.000.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$4.000.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
ARRIENDO	$600.000,00

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:

30547726

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

No.Radicación: 697086

FECHA DE RADICACIÓN: 13 10 2026

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE	2. TIPO DE AFILIACIÓN	3. RÉGIMEN
A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]	A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA	5. TIPO DE AFILIADO	6. TIPO DE COTIZANTE	7. CÓDIGO
SI [ ] NO [X]	A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]	A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]	A1216

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

8. APELLIDOS Y NOMBRES			
PRIMER APELLIDO: FLOREZ	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE: ELLY	SEGUNDO NOMBRE: JOHANNA

9. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	11. SEXO BIOLÓGICO	12. SEXO IDENTIFICACIÓN
CC	1094780129	X (M)	X (M) — Cual?

13. NACIONALIDAD	14. LUGAR DE NACIMIENTO			15. FECHA NACIMIENTO
COLOMBIA	COLOMBIA	NORTE DE SANTANDER	CACHIRA (MUNICIPIO)	22 (DÍA) 02 (MES) 1993 (AÑO)

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA	17. COMUNIDAD INDÍGENA	18. DISCAPACIDAD	19. TIENE ENCUESTA SISBÉN?	20. CLASIFICACIÓN SISBÉN	21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL	22. ARL
6		SI [ ] NO [X] — CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD:	SI [ ] NO [X] — NIVEL: — GRUPO:			POSITIVA

23. AFP	24. IBC	25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA	26. RESIDENCIA	DIRECCIÓN
PORVENIR	$1,750,905.00	$0.00		CLL 1 1 76 CENTRO

TELÉFONO FIJO	TELÉFONO CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	DEPARTAMENTO
	3102015151	ELLYFLOREZ1993@GMAIL.COM	NORTE DE SANTANDER

MUNICIPIO/ DISTRITO	LOCALIDAD/COMUNA	ZONA	IPS
CACHIRA		CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]	2617

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

27. APELLIDOS Y NOMBRES			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	30. SEXO BIOLÓGICO	31. SEXO IDENTIFICACIÓN
T.I. C.C. C.E. S.C. C.D. P.T.		F M	F M T NB Otro — Cual?

32. NACIONALIDAD	33. LUGAR DE NACIMIENTO			34. FECHA NACIMIENTO
	PAÍS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	DÍA MES AÑO

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO F	39. SEXO M	40. SEXO IDENTIFICACIÓN F	M	T	NB	Otro?	41. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS	DEPART.	MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO DÍA	MES	AÑO
B1		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B2		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B3		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B4		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B5		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															

	Datos complementarios del Beneficiario 43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. COMUNIDAD	46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBÉN SI	47. NO	48. CLASIFICACIÓN SISBÉN NIVEL	GRUPO	49. DISCAPACIDAD SI	NO	CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD	50. DISCAPACIDAD PERMANENTE SI	NO	51. Datos de residencia DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	RESTO RURAL
B1							I. II.												
B2							I. II.												
B3							I. II.												
B4							I. II.												
B5							I. II.												

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante a pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
	N.I. T.I. C.C. C.E. S.C. P.A. C.D. P.T.		

59. Ubicación					
DIRECCIÓN	TELÉFONO FIJO O CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/DISTRITO	

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. TIPO DE NOVEDAD

1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código: [ ]
6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO Código: [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [X]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAÍS.1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
14. MOVILIDAD A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ] B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
15. TRASLADO A) MISMO RÉGIMEN [ ] B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN				
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	62. SEXO BIOLÓGICO	63. SEXO IDENTIFICACIÓN
T.I. C.C. C.E. S.C. C.D. P.T.		F M	F M T NB Otro — Cual?

64. FECHA NACIMIENTO	65. EPS ANTERIOR	66. FECHA DE NOVEDAD	67. MOTIVO DE TRASLADO	68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES
DÍA MES AÑO		09 (DÍA) 10 (MES) 2026 (AÑO)	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí. [ ]
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad [ ]
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
76. a). Autorizo mi consentimiento expreso para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. [X]
b) Autorización para que la EPS me contacte con fines meramente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE) [ ]
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [ ]
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente. [ ]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
T.I. C.C. C.E. S.C. C.D. P.T.	

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] MS [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] AS [ ] PT [ ] — Cantidad: — Total [ ]

83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
84. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. [ ]
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016 [ ]
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en las que conste la calidad de beneficiario o se ordena la afiliación de oficio. [ ]

Total Anexos [ ]

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL	Código del Municipio	Código del departamento	93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN.

94. APELLIDOS Y NOMBRES

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

Autorización de mensajes de texto. (Circular externa 000016 mayo de 2013)

Yo, ELLY JOHANNA FLOREZ identificado (a) con R.C. | T.I. | C.C. | C.E. CC | S.C. | C.D. | P.E. | P.T.

número 1094780129 de CACHIRA, certifico que:

1	¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SÍ☐ No☐
2	¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	SÍ☐ No☐
3	¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SÍ☐ No☐
4	¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	SÍ☐ No☐
5	¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	SÍ☐ No☐

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. 3102015151

y/o correo electrónico: ELLYFLOREZ1993@GMAIL.COM

SÍ☐ No☐

Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico. SÍ☐ No☐

Consulte la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en el micrositio Web https://www.nuevaeps.com.co/carta-derechos-deberes

Evitando impresiones para ser amigable con el planeta SI ☐ NO ☐

Declaración juramentada de convivencia: Declarar que convivo con el(la) señor(a) _____ Identificado(a) con _____

No. _____ desde el día _____ del año _____

Cordialmente,

Firma: _____

Tipo ID: CC No. ID: 1094780129

Fecha de Solicitud: 13/10/2026

Dirección: CLL 1 1 76 CENTRO

Tel: 3102015151 Municipio: CACHIRA

Departamento: NORTE DE SANTANDER

Huella

Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:

Firma: _____

Tipo ID: _____ No. ID: _____

Fecha (dd/mm/aaaa): _____

Dirección: _____

Tel: _____ Municipio: _____

Departamento: _____

Huella

Manifiesto con mi firma la aceptación de todas las declaraciones y términos incorporados en este formato y el consentimiento expreso, previo e informado en relación con el tratamiento de mis datos personales que hará NUEVA EPS S.A., en sujeción a la política para el tratamiento de datos personales de la NUEVA EPS S.A. .

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1995, a NUEVA EPS S.A. para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service - , correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.

Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

Aviso de privacidad

Hago constar expresamente que NUEVA EPS S.A. me informó sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:

- Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
- Solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
- Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.
- Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución.

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.A., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeps.co

Régimen Contributivo:
Línea Gratuita: **01 8000 954400**
Línea de atención en Bogotá: **(601) 307 7022**

Régimen Subsidiado:
Línea Gratuita: **01 8000 95 2000**
Línea de atención en Bogotá: **(601) 307 7051**

Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
Conmutador: **(601) 419 3000**
Dirección Administrativa: Carrera 85k No 46A – 66 Piso 2

Sr.(a) afiliado(a), la información por usted suministrada en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o demás documentos anexos, serán utilizados por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información únicamente para los fines específicos relacionados con la administración y prestación de servicios en salud de Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 "Hábeas Data"; dicho tratamiento podrá implicar la trasferencia, trasmisión y/o recepción de los datos. y el cual se realizará a través de si misma, terceros encargados de tratamiento de información o de sus aliados comerciales, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio, de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMMLV

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE VIVIENDA PROPIA		PRODUCTOR AGROPECUARIO	
INDEPENDIENTE	POSITIVA	PORVENIR	$1750905	SÍ		SÍ	
				NO	X	NO	X

Nivel de Escolaridad								
Ninguno ☐	Secundaria ☐	Normalista X	Profesional ☐	Doctorado ☐	Posición Ocupacional	Patrón/Empleador ☐	Contratista X	Trabaja por su Cuenta ☐
Preescolar ☐	Media académica o clásica (bachillerato básico) ☐	Técnica Profesional ☐	Especialización ☐	Último Grado	Inicio Contrato	09/10/2026	Fin Contrato	
Básico Primaria ☐	Media técnica (bachillerato básico) ☐	Tecnológico ☐	Maestría ☐	Aprobado _____				

SEÑOR USUARIO: TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA, RECUERDE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DECIDA NO CONTINUAR CON LOS SERVICIOS DE SALUD, EL NO HACERLO LE GENERA MORA, LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA. DECRETO 806 ART. 57 DE 1998 Y ART. 59 DECRETO 1406 DE 1999.

SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO	Nombre del Tercero	Tipo de Identificación	NIT	C.C.	C.E.	Identificación del Tercero que realiza el Aporte	DV
			P.A.	T.I.	C.D.		

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR	CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR	Nombre de OFICINA	
Ruth J. Rodriguez Diaz	A1216		

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ELLY JOHANNA FLOREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.094.780.129**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 7 de Octubre 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.

Laboral Salud I.P.S.
Medicina Laboral y Sistemas de Gestión
Nit. 901017957-6

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
06 DIA	10 MES	2026 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

CONTRATISTA	ESE HOSPITAL REGIONAL OCCIDENTE DE CACHIRA NDS
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
ELLY JOHANNA FLOREZ	FEMENINO	33AÑOS	CC (Tipo)	1094780129 (Número)

Cargo

AUXILIAR DE ENFERMERIA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RESTRICCIONES

Observaciones: **NO APLICA**

NO SE EVALUARON REQUISITOS DE SALUD (audiometria, visiometria, etc) **N/A**

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EMO EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	PAUSAS ACTIVAS	HÁBITOS SALUDABLES
	HIGIENE POSTURAL	REALIZAR ACTIVIDAD FISICA
	USO DE EPPs SIEMPRE	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

INGRESO SATISFACTORIO SIN EVIDENCIA DE PATOLOGÍA LABORAL. ESTILO DE VIDA SALUDABLE, ACTIVIDAD FÍSICA RUTINARIA.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. 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.

Médico	Aspirante o Trabajador
Firma: Sergio Uribe MD Salud Ocupacional R.M. 19215	Firma:
Nombre: URIBE TELLEZ SERGIO MAURICIO	Nombre: ELLY JOHANNA FLOREZ
R. M.: 0843-08 L.S.O.: 19215	CC: 1094780129

BUCARAMANGA - COLOMBIA

República de Colombia Gobernación de Santander	RESOLUCIÓN	CÓDIGO	APOYO GESTIÓN
		VERSIÓN	5
		FECHA DE APROBACIÓN	22/09/2017
		PAGINA	1 de 1

RESOLUCIÓN NÚMERO 19396

POR LA CUAL SE RENUEVA UNA LICENCIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
EL SUSCRITO SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL DE SANTANDER

En uso de sus facultades legales, y en especial las conferidas en la Ley 1562 de 2012 y la Resolución 04502 de 2012 y

CONSIDERANDO

Que **SERGIO MAURICIO URIBE TELLEZ,** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No 91298303, ha solicitado Renovación de Licencia para la Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo ante la Secretaría de Salud Departamental de Santander.

Que al peticionario le fue otorgada la Licencia de Prestación de Servicios de Salud Ocupacional, mediante Resolución No 19215 de 26/09/2013 de la Secretaría de Salud del Departamento de Santander y concedida por un término de diez (10) años contados a partir de la expedición de la Resolución, la cual ha cumplido su vigencia.

Que de conformidad con el artículo segundo de la Resolución 04502 del 28 de Diciembre de 2012, el peticionario ha presentado la documentación requerida para la Renovación de la Licencia en Salud Ocupacional para la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo.

Que por lo antes expuesto, el Secretario de Salud Departamental.

RESUELVE

ARTICULO 1: Renuévese LICENCIA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO A: **SERGIO MAURICIO URIBE TELLEZ**, MÉDICO Y CIRUJANO - ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL con Cédula de Ciudadanía No 91298303, en las áreas de Medicina en Seguridad y Salud en el Trabajo, Investigación en área técnica, Investigación del accidente de trabajo, Educación, Capacitación, Diseño, Administración y Ejecución del Sistema de gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

ARTICULO 2: La Licencia de que trata el artículo anterior se concede por el término de Diez (10) años contados a partir de la fecha de expedición de la presente Resolución.

ARTICULO 3: Cuando se modifique las condiciones por la cual se otorgó esta Licencia, en el término máximo de un mes se debe informar a la Secretaría de Salud de Santander para la modificación de la misma.

ARTICULO 4: Esta Licencia es válida en todo el Territorio Nacional y tendrá carácter personal e intransferible.

ARTICULO 5: Contra la presente Resolución procede los recursos legales.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE
Dada en Bucaramanga, a los 22 SEP 2023

GERMAN EDUARDO MARIN CARDENAS
Secretario de Salud Departamental (E)

VoBo Luis Felipe Tarazona Velasquez - Director de Desarrollo de Servicios Inspección Vigilancia y Control
Revisó Yelitza Lilibeth Hernández González - Coordinadora Grupo de Acreditación en Salud y SOGC
Proyectó Magaly Andrea Mariño Bayona - Grupo de Acreditación en Salud SOGC

Powered by CamScanner

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 304421302

PIB
15:06:30

Bogotá DC, 07 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) ELLY JOHANNA FLOREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1094780129:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 07 de octubre de 2026, a las 15:07:39, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1094780129
Código de Verificación	109478012926100715073 9

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:08:28 AM horas del 09/10/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1094780129**

Apellidos y Nombres: **FLOREZ ELLY JOHANNA**

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

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, 07/10/2026 03:08:52 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1094780129** y Nombre: **ELLY JOHANNA 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. **149169861** . 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

Banco Agrario de Colombia
El Banco que hace crecer el campo

Nit : 800.037.800-8

CERTIFICACION

El Banco Agrario de Colombia, certifica que: FLOREZ ELLY, identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA No. 1094780129, se encuentra vinculado(a) con nuestra entidad en el producto de: AHO - CUENTAS AHORROS, número 4-512-12-04430-1, con una antigüedad de DOS (2) año(s).

Se expide en CACHIRA, a los siete (07) días del mes de octubre de 2026, con destino a: QUIEN INTERESE

Banco Agrario de Colombia
Of. Cachira - Nte De S/d

DIRECTOR (A) OFICINA

FIRMA AUTORIZADA

Powered by CamScanner

Cáchira Norte de Santander, octubre de 2026.

Señores
ESE HOSPITAL REGIONAL OCCIDENTE OFICINA DE CONTRATACIÓN
Cáchira Norte de Santander

Asunto: Sobre la afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales vinculación a través de un contrato formal de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión con entidades o instituciones públicas o privadas y de los trabajadores independientes.

Nombre completo: **ELLY JOHANNA FLOREZ**
Número de documento de identificación: **No. 1094780129** expedida en **Cáchira N.S.**

Manifiesto que **SI** **__X__** me encuentro afiliado a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) ¿Cuál? **POSITIVA**: y que me comprometo a registrar en esta ARL mi Contrato de Prestación de Servicios suscrito con la ESE Hospital Regional Occidente.

Lo anterior teniendo en cuenta el Decreto 0723 de abril 15 de 2013,

Artículo 4°. *Selección de la Administradora de Riesgos Laborales.* Las personas a las que se les aplica el presente decreto, para efectos de su afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales, tienen el derecho a la libre escogencia de su Administradora de Riesgos Laborales, **debiendo afiliarse a una sola.**

Parágrafo. El trabajador dependiente que simultáneamente suscriba uno o más contratos de prestación de servicios civiles, comerciales o administrativos, entre otros, en calidad de contratista, debe seleccionar la misma Administradora de Riesgos Laborales en la que se encuentre afiliado como trabajador dependiente.

Artículo 9°. Afiliación cuando existen varios contratos. Cuando los contratistas a los que les aplica el presente decreto celebren o realicen simultáneamente varios contratos, deben estar afiliados al Sistema General de Riegos Laborales por la totalidad de los contratos suscritos, en una misma Administradora de Riesgos Laborales.
El contratista debe informar al contratante, la Administradora de Riesgos Laborales a la cual se encuentra afiliado, para que este realice la correspondiente novedad en la afiliación del nuevo contrato.

Artículo 13. Pago de la cotización. Las Entidades o Instituciones públicas o privadas contratantes y los contratistas, según corresponda, deberán realizar el pago mensual de las cotizaciones al Sistema General de Riesgos Laborales de manera anticipada, dentro de los términos previstos por las normas vigentes.
Al contratista le corresponde pagar de manera anticipada, el valor de la cotización al Sistema General de Riesgos Laborales, cuando la afiliación sea por riesgo I, II o III, conforme la clasificación de actividades económicas establecidas en el Decreto 1607 de 2002 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya.
El contratante debe pagar el valor de la cotización de manera anticipada, cuando la afiliación del contratista sea por riesgo IV o V.
Parágrafo 1°. El contratante deberá verificar el pago mensual de aportes por parte de los trabajadores independientes al Sistema General de Riesgos Laborales.

Artículo 16. Obligaciones del contratista:
El contratista debe cumplir con las normas del Sistema General de Riesgos Laborales, en especial, las siguientes:
1. Procurar el cuidado integral de su salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumirá su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.

6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada del contrato.
Además, el contratista y supervisor deberán informar a la oficina de contratación, por medio escrito y de manera oportuna, cualquier novedad en la ejecución del contrato inherente a: suspensión y reinicio de contrato, terminación definitiva, terminación anticipada y cesión, con el fin de que se realice el reporte de la novedad ante la Administradora de Riesgos Laborales.

Cordialmente,

ELLY JOHANNA FLOREZ
C.C. N° 1094780129 expedida en Cáchira N.S.

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 *	Número de Identificación *	Primer Nombre	Primer Apellido
Cedula de Ciudadania	1094780129	ELLY	FLOREZ

Confirme los números de la Imagen *

8844

Cambiar

2288

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2026-10-07→3:13:13 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1094780129	ELLY	JOHANNA	FLOREZ		Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) ELLY JOHANNA FLOREZ identificado(a) con CC 1094780129 registra La siguiente información:

2026-10-07→3:13:13 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA	2024-02-08	526	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 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

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

Términos y condiciones

Educación

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Salud

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-0549 del 06 de Febrero del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica que:

Elly Johanna Florez

CC 1094780129 de de Cachira Norte de Santander

Realizó el Curso en Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas de Conflicto Armado

con un total de 100 Horas.

Validar certificado

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Fecha de emisión: 2026-10-05

Fecha de vencimiento: 2028-10-05

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
R.3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Salud

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-0549 del 06 de Febrero del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica que:

Elly Johanna Florez

CC 1094780129 de de Cachira Norte de Santander

Realizó el Curso en Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual con enfoque diferencial - Código Fucsia (AIVVS)

con un total de 80 Horas.

Validar certificado

Fecha de emisión: 2026-10-05

Fecha de vencimiento: 2028-10-05

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
R.3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

Salud

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-0549 del 06 de Febrero del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica

Elly Johanna Florez

CC 1094780129 de De Cachira Norte De Santander

Realizó y aprobó el Curso en Proceso manejo del Duelo Resolución 3100 / 2019
con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-04-15
Fecha de vencimiento: 2027-04-15

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

Salud

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-0549 del 06 de Febrero del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica

Elly Johanna Florez

CC 1094780129 de De Cachira Norte De Santander

Realizó y aprobó el Curso en Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos Resolución 3100 de 2019

con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-04-15

Fecha de vencimiento: 2027-04-15

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermeria
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

Salud

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-0549 del 06 de Febrero del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica

Elly Johanna Florez

CC 1094780129 de De Cachira Norte De Santander

Realizó y aprobó el Curso en Diagnóstico y Manejo Clínico del Dengue con un total de 60 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-04-15
Fecha de vencimiento: 2027-04-15

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Salud

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-0549 del 06 de Febrero del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica

Elly Johanna Florez

CC 1094780129 de De Cachira Norte De Santander

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

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-04-15
Fecha de vencimiento: 2027-04-15

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermeria
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

Salud

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-0549 del 06 de Febrero del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica que:

Elly Johanna Florez

CC 1094780129 de de Cachira Norte de Santander

Realizó el Curso en Soporte Vital Avanzado RCP (ACLS)
con un total de 80 Horas.

Fecha de emisión: 2026-10-05
Fecha de vencimiento: 2028-10-05

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Validar certificado

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
R.3296
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

Salud

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-0549 del 06 de Febrero del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica

Elly Johanna Florez

CC 1094780129 de De Cachira Norte De Santander

Realizó y aprobó el Curso en Soporte Vital Básico RCP (BLS)
con un total de 80 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-04-15
Fecha de vencimiento: 2027-04-15

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermeria
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

Salud

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-0549 del 06 de Febrero del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica que:

Elly Johanna Florez

CC 1094780129 de de Cachira Norte de Santander

Realizó el Curso en Manejo Integrado De La Desnutrición Aguda Moderada y Severa En Niños y Niñas De 0 A 5 Años/ Resolución 2350-2020 (Ministerio De Salud y Protección Social)

con un total de 60 Horas.

Validar certificado

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Fecha de emisión: 2026-10-05

Fecha de vencimiento: 2028-10-05

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
R.3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

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 1094780129 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 07/10/2026 03:21 PM

Código Verificación: **A4UJ26MKS9**

Válida hasta: **07/01/2027**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

Total de puntos 25/25

PROCESO: Gestión del Talento Humano
PROCEDIMIENTO: Seguridad y salud en el trabajo
LIDER DEL PROCEDIMIENTO: Zoraida Grisales Mora

0 de 0 puntos

ESE HOSPITAL REGIONAL OCCIDENTE

E.S.E HOSPITAL REGIONAL OCCIDENTE

Fecha de diligenciamiento de la Encuesta *

DD MM AAAA

07 / 10 / 2026

Nombre Completo *

ELLY JOHANNA FLOREZ

Número de Cedula *

1094780129

Cargo *

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Correo electrónico *

ellyflorez1993@gmail.com

Número de Celular *

3145379743

Tipo de Vinculación *

- ○ Libre nombramiento y remoción
- ○ Carrera Administrativa
- ○ Provisionalidad
- ◉ Contratista

Sección sin título 25 de 25 puntos

✓ 1. De acuerdo al concepto de accidente de trabajo ¿Puede ser considerado, como un hecho ocurrido por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión? *5/5

- ◉ SI ✓
- ○ NO

✓ 2. ¿Para reportar un accidente de trabajo en la oficina de Seguridad y Salud en el Trabajo no deben pasar más de 48 horas (2 días)? *5/5

- (●) SI ✓
- ( ) NO

✓ 3. ¿Es responsabilidad del trabajador participar en las actividades de capacitación en Seguridad y Salud en el Trabajo definido en el plan de capacitación del SG-SST? *5/5

- (●) SI ✓
- ( ) NO

✓ 4. ¿El Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo - COPASST es el organismo encargado, entre otras, de recibir y dar trámite a las quejas presentadas sobre el comité de convivencia? *5/5

- ( ) SI
- (●) NO ✓

✓ 5. ¿EL ACTO INSEGURO son fallas, olvidos, errores u omisiones que hacen las personas al realizar un trabajo, tarea o actividad que pueden generar riesgo de sufrir un accidente laboral? *5/5

- (●) SI ✓
- ( ) NO

El formulario se creó en Novatics Colombia JS SAS. - Comunicarse con el propietario del formulario

¿El formulario parece sospechoso? Informe

Google Formularios

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual
Función Pública certifica que:

elly johanna florez

C.C 1.094.780.129

Participó y completó el curso virtual

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 07 de octubre 2026

Código: 765991155000