



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

ENTIDAD RECEPTORA

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

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Pineda		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Fuentes		NOMBRES Sharon Daniela	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1094277280			SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/>	NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NÚMERO _____ D.M. _____					
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 06 MES 07 AÑO 1996 PAÍS Colombia DEPTO Norte De Santander MUNICIPIO Pamplona			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Cra 9, Mzn 5 Apto 301 Santo Tomas Edificio Venecia PAÍS Colombia DEPTO Norte De Santander MUNICIPIO Pamplona TELÉFONO 3146037867 EMAIL _____		

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: Bachiller Academico	
PRIMARIA			SECUNDARIA				MEDIA				FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES	AÑO
										X	12	2012

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 NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
TC	2	X	Técnico laboral por competencias en Atención de la primera infancia	12 2 0 1 6	
UN	9	X	Fonoaudiólogo	10 2 0 2 2	1094277280

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
Inglés	X				X		X		

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 CIDIM	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Norte de Santander	MUNICIPIO Pamplona		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TELÉFONOS 3104270249	FECHA DE INGRESO DÍA. 15 MES. 01 AÑO. 2025		FECHA DE RETIRO DÍA. MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL Fonoaudióloga	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN Cra 5 #3-94
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Hospital San Juan De Dios de pamplona	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Norte de Santander	MUNICIPIO Pamplona		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD opscontratacion@hsdp.gov.co
TELÉFONOS 5684711	FECHA DE INGRESO DIA. 09 MES. 09 AÑO 2024		FECHA DE RETIRO DIA. 11 MES. 03 AÑO 2025
CARGO O CONTRATO Fonoaudióloga	DEPENDENCIA Salud Publica		DIRECCIÓN Cra 9 #5-01
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Institución educativa Intelcoc	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Norte de Santander	MUNICIPIO Pamplona		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD capacitacionesintelcoc2012@gmail.com
TELÉFONOS 3106971943	FECHA DE INGRESO DÍA 16 MES 01 AÑO. 2018		FECHA DE RETIRO DÍA. 27 MES. 08 AÑO. 2023
CARGO O CONTRATO Docente	DEPENDENCIA Coordinación Académica		DIRECCIÓN Cra 6 #5-09
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN

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
SERVIDOR PÚBLICO		5
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	5	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	1	
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	6	5

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI 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).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Pamplona, 09/05/2025

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.094.277.280**

PINEDA FUENTES

APELLIDOS

SHARON DANIELA

NOMBRES

Daniela Pineda Fuentes

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-JUL-1996**

CUCUTA
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.66
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

10-JUL-2014 PAMPLONA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



0010000510A 0 42684366



La Republica De Colombia
Y En Su Nombre El
**Instituto Técnico Laboral Competitivo
De Colombia**

Capacitaciones Intelcoc

Municipio De Pamplona - Norte De Santander
Autorizado por la secretaria de Educación Departamental según Licencia de Funcionamiento de marzo 12 del 2012.
De acuerdo al decreto Reglamentario 1075 del 26 de mayo del 2015.

Otorga el Certificado de Actitud Ocupacional a:

Sharon Daniela Pineda Fuentes

Identificado (a) con Cedula de ciudadanía N° 1.094.277.280 de Pamplona, N.S

Por haber cursado y culminado satisfactoriamente las competencias establecidas en el programa de formación laboral y académica de acuerdo al reglamento y la ley.

Que lo Acredita como:
**Técnico Laboral por Competencias en
Atención de la Primera Infancia**

Registro N° 00825 del 21 de marzo del 2012


María Cenaida Fuentes Archila
Directora


William De Jesús Caborda Quintero
Secretario

Este diploma no requiere de registro en Secretaria de Educación (Decreto Nacional N° 921 de 1994)
Anotado en el control interno de la institución.

Libro N° 01 Acta N° 11 Diploma N° 7
Dado en Pamplona, a los 03 Días del mes de Diciembre del 2016



INSTITUTO TECNICO LABORAL COMPETITIVO DE COLOMBIA
Aprobación Oficial secretaria de Educación Departamental
Resolución No 00856 del 21 de Marzo de 2012.
NIT60441256-CÓDIGO DANE: 354518001503



Acta Individual De Grado

En la ciudad de Pamplona a los (03) tres días del mes de diciembre del año 2016, se reunieron en las instalaciones del Instituto Técnico Laboral Competitivo de Colombia "CAPACITACIONES INTELCO", el señor secretario, **WILLIAM DE JESUS TABORDA QUINTERO** y la Directora General **MARIA CENAI DA FUENTES ARCHILA**, en la oficina de dirección con el fin de formalizar la acreditación de los estudiantes de formación técnica, para otorgar el certificado de **TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN ATENCION A LA PRIMERA INFANCIA, REG N° 0825**, del 21 de marzo del 2012. Educación para el trabajo y el desarrollo humano, Institución autorizada por la secretaria de educación departamental, con licencia de funcionamiento 00705 del 12 de marzo de 2012, según decreto 1075 del 26 de mayo del 2015.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de educación Técnica Laboral Por competencias, se procedió a otorgar el **CERTIFICADO DE ACTITUD OCUPACIONAL** a los graduandos cuyos nombres, apellidos y números de identificación se relacionan a continuación:

Sharon Daniela Pineda Fuentes

Identificada con cedula de ciudadanía número 1.094.277.280 expedida en Pamplona.

Es fiel copia tomada del acta original número 011 del 03 de diciembre del año 2016 que consta de 11 estudiantes iniciando con el nombre de **Caicedo del real Monica Liliana** y finalizando con el nombre, **Urbina Wilchez Gladys Maritza** firmada por **MARÍA CENAI DA FUENTES ARCHILA** (Directora General) y **WILLIAM DE JESUS TABORDA QUINTERO** (Secretario)

En constancia se firma la presente por quienes intervinieron en ella dando cumplimiento en el artículo 7 del decreto 180 d 1981.

No requiere ser registrado ante secretaria de educación según decreto 921 del 6 de mayo de 1994.

MARIA CENAI DA FUENTES ARCHILA
Directora General

WILLIAM DE JESUS TABORDA QUINTERO
Secretario

La República de Colombia



MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
Y EN SU NOMBRE

LA UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

CON PERSONERÍA JURÍDICA RECONOCIDA MEDIANTE DECRETO 1550 DE 1971
ACREDITADA EN ALTA CALIDAD MEDIANTE RESOLUCIÓN N° 018143 DEL 27 DE SEPTIEMBRE DE 2021 EMANADA POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

CONFIERE EL TÍTULO DE

FONOAUDIÓLOGO

A

SHARON DANIELA PINEDA FUENTES

CC. 1.094.277.280 Expedida en PAMPLONA

Quien cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos. En testimonio de ello otorga el presente

DIPLOMA

En la ciudad de Pamplona, 10 de octubre de 2022


Ivaldo Torres Chávez Ph. D.
Rector(a)


Eduardo Salim Chañín Rueda
Secretario(a) General

Registro 96144 Folio 454 Libro 12 de Diplomas de Grado

101605
THOMAS ORDO & ROSA

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

Secretaría General

Acta de Grado N° 688

En la ciudad de Pamplona, Departamento de Norte de Santander, República de Colombia, a los
10 días del mes de Octubre 2022, se llevó a

cabo la Ceremonia de Graduación en la cual la Universidad de Pamplona aprobada por el Decreto
N° 1550 del 13 de agosto de 1971, emanado de la Presidencia de la República, otorgó el grado de
FONOAUDIÓLOGO

a SHARON DANIELA PINEDA FUENTES

Identificado(a) con C.C. N° 1.094.277.280 de PAMPLONA

quien aprobó todas las asignaturas que conforman el Plan de Estudio y dio cumplimiento a los
demás requisitos de grado exigidos por la Universidad. Presidió el Acto de Graduación el señor
Rector de la Universidad Doctor(a) Ivaldo Torres Chavez

Quien después de tomar el juramento de rigor procedió a entregar al graduando el diploma
correspondiente, marcado en su orden con el Número 101605 y registrado con el
Número 96144, Folio 454, Libro 12 de Diplomas.

Para constancia se extiende y firma la presente Acta.

El Rector (fdo) Doctor(a) Ivaldo Torres Chavez

El Decano (fdo) Facultad de Salud
Heriberto Jose Rangel Navia

El Secretario(a) General (fdo) Doctor(a) Eduardo Salim Chahin Rueda

10 Octubre 2022

Es fiel copia tomada en su original, en Pamplona a los días del mes de de


EDUARDO SALIM CHAHIN RUEDA

Secretario(a) General



La salud
es de todos



GOBIERNO
DE COLOMBIA



Identificación Única Nacional del Talento Humano en Salud

FONOAUDIÓLOGO

SHARON DANIELA PINEDA FUENTES

C.C. 1094277280

Universidad de Pamplona

Pamplona

Expedición Diploma Pregrado: 10/10/2022

Expedición Rethus Pregrado: 4/11/2022



Firma del Profesional

**Esta tarjeta es un documento publico y se expide en conformidad
con la Ley 1164 de 2007 y el Decreto número 4192 de 2010**

**Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla al Colegio
Colombiano de Fonoaudiólogos.**

Firma del Representante Legal

No. Serial 05553

IDentico S.



Menú

Iniciar Sesión

Registrarse

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

1094277280

Primer Nombre

sharon

Primer Apellido

pineda

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

8755

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2025-01-14--9:19:27 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:
CC	1094277280	SHARON	DANIELA	PINEDA	FUENTES	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) **SHARON DANIELA PINEDA FUENTES** identificado(a) con CC 1094277280 registra La siguiente información:

2025-01-14--9:19:27 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
---------------	-------------------------	-----------------------	--	---------------------	---------------------

UNV

Local

FONOAUDIOLOGIA

2022-11-04

4014

COLEGIO
COLOMBIANO
FONOAUDIOLOGIA

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.g

[Términos y condiciones](#)

Cúcuta, 11 de julio de 2025.



Centro Integral de Diagnóstico Médico IPS SAS

Certificación de ejecución de Contrato

A quien corresponda:

La presente es para certificar que, **SHARON DANIELA PINEDA FUENTES**, identificada con cédula de ciudadanía No. 1094277280, se desempeña como FONOAUDIOLOGA en nuestra empresa, Centro Integral de Diagnóstico Médico IPS SAS, bajo un contrato por prestación de servicios en la modalidad evento. El periodo de trabajo en nuestra organización empezó en el mes de enero de 2025 y al mes de julio de 2025 se encuentra vigente.

Durante su tiempo con nosotros, demuestra ser una persona dedicada y competente, cumpliendo con sus responsabilidades de manera eficiente y proactiva.

YAJAIRA ISABEL FIGUEROA BELTRAN
CC 51.916.792
REPRESENTANTE LEGAL
CENTRO INTEGRAL DE DIAGNOSTICO MEDICO IPS SAS
NIT: 900717202 - 4



CTH- 070

Pamplona, de 3 de febrero de 2025

**EL SUSCRITO PROFESIONAL DE
TALENTO HUMANO**

C E R T I F I C A:

Que, la profesional **SHARON DANIELA PINEDA FUENTES** identificada con cédula de ciudadanía Número 1.094.280.118 expedida en Pamplona (Norte de Santander), suscribió contrato para: **PRESTACION DE SERVICIOS COMO FONOAUDIOLOGO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCION PRIMARIA A TRAVES DE LA CONFORMACION Y OPERACION DE LOS EQUIPOS BASICOS EN SALUD DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA.**

Contratos:

# DE CONTRATO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
SC2461	06 DE SEPTIEMBRE DE 2024	31 DE DICIEMBRE DE 2024

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:

- Cumplir con el Plan de Visitas para cada micro territorio que se le asignan en la Matriz Programática y acompañamiento a los demás profesionales que conforman el equipo básico.
- Atender las solicitudes de Intervenciones Resolutivas para los hogares intervenidos desde equipos básicos en salud
- Realizar las estimaciones de riesgo según el tipo de Discapacidad que encuentren, diseñar el plan casero si aplica y lo canalizar a la IPS Primaria.
- Participar en el diseño y ejecución de programa de Rehabilitación Basado en Comunidad
- Diseñar, Realizar y ejecutar el Plan Familiar para Familias con Prioridad Baja, media y alta común acuerdo con Familias.
- Notificar a Gestor Comunitario sobre hallazgos de ambiente que requieran actividades resolutivas intersectoriales con el ente territorial.
- Notificar a Gestor Comunitario sobre situaciones que requieran traslado, citas médicas en centro de salud a integrantes de familias.
- Registrar información de la Intervención Resolutiva en los registros respectivos.
- Registrar información de la intervención integral a la familia en los registros respectivos del Sistema de Información: caracterización familiar, actualización de novedades, notificación y canalización.



- Mantener en todo momento una. comunicación eficaz con los integrantes del equipo y demás compañeros para realizar las actividades asignadas.
- Dar Información, Educación y Comunicación a los individuos que componen las familias, enfocadas en las Rutas de Atención Integral en Salud, Plan básico de salud, promoción de la salud y gestión del riesgo.
- Identificar e informar a los integrantes de la familia para la vinculación a programas de servicios sociales, intersectoriales y transectoriales.
- Canalizar a el respectivo Profesional de Salud (Medico, Odontólogo, Nutricionista, Psicólogo u otros) de los equipos básicos, realizando una atención integral, de acuerdo a necesidad de Intervención Resolutiva.
- Realizar la toma de signos vitales, preparación y asistencia de los usuarios en la operativización de los equipos básicos en salud.
- Realizar la notificación de usuarios que requieran traslado al centro asistencial (IPS).
- Mantener en óptimas condiciones los equipos e instrumentos médicos proporcionados para la operativización de los equipos básicos en salud.
- Controlar los inventarios de medicamentos e insumos médicos que se garanticen en los diferentes micro territorios, previa articulación con las EAPB.
- Realizar procesos de limpieza y esterilización de instrumentos.
- Apoyar la actualización, mantenimiento de historias clínicas, apoyo en agendamiento, confirmación de citas en el marco de la ley 1438 del 2011.
- Elaborar y presentar informes sobre las actividades realizadas.
- Registrar información de la Intervención Resolutiva en los registros garantizando la disposición de la misma en el sistema de información (KubApp) y su atención efectiva.
- Sugerir y adoptar acciones correctivas y preventivas institucionales y procedimientos.
- Aplicar el control interno y administración del riesgo sobre las actividades propias de su perfil según lineamientos normativos y de procedimientos.
- Cumplir los lineamientos de calidad del dato, según normatividad vigente y de procedimiento.
- Cumplir con las directrices institucionales para el cumplimiento de metas, presentación personal, identificación institucional y logos de misión medica siguiendo lineamientos normativos.
- Cumplir con los estándares de Gestión de Calidad, según normatividad vigente y procedimientos institucionales.
- Abstenerse de dar información o declaraciones a medios de comunicación sin previa autorización de la ESE Hospital San Juan de Dios de Pamplona.
- Las demás actividades inherentes y/o establecidas en la ley 1438 del 2011, l manual operativo para equipos territoriales de salud o las requeridas por Ministerio de Salud y protección social e Instituto Departamental de Salud.



- Mantener veracidad, confidencialidad y prudencia en el manejo de la información relacionada con el que hacer de los integrantes del equipo de Salud.
- Mantener la calidad del servicio profesional sin supeditarla a las condiciones en que se ejecuten actividades.
- Mantener con los integrantes de los equipos básicos comunicación efectiva en la que sea relevante el entendimiento, la comprensión, el respeto y la ayuda mutua, para superar debilidades, afianzar fortalezas que redunden en la convivencia el crecimiento de las personas, la calidad de su desempeño y el beneficio de quienes reciben sus servicios.
- Mantener claros y firmes los principios y valores éticos para aplicarlos en el proceso de reflexión y toma de decisiones, en la práctica cotidiana y en las situaciones que presentan dilemas éticos.
- Apoyar en la difusión de estrategias de información y educación generadas desde en la operativización de los equipos básicos en salud, a través de los diferentes medios y redes sociales donde sean publicados.
- Cumplir con la política de seguridad y salud en el trabajo adoptada por la ESE HSJDP.
- Cumplir con los aportes obligatorios relacionados con el sistema integral de seguridad social, de conformidad con lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 de 2002, en concordancia con el artículo 1º de la ley 828 de 2003.
- Cumplir con los aportes a riesgos profesionales conforme lo establecido en la ley 1562 de 2012 y normatividad vigente.
- Suscribir las actas que se generen en desarrollo de la relación contractual.

Las demás que le sean asignadas por la Gerente de la entidad o por quien haga sus veces y que sean afines a su profesión.

Se expide a solicitud de la interesada.



CARLOS ERNESTO ROZO TOLOZA

Luisa R.





Lote: N019741
Vto.: 22-02-2020



VAQTA®
VACUNA ANTI-HEPATITIS A
PURIFICADA E INACTIVADA
Suspensión inyectable Vía intramuscular
Frasco ampolla monodosis de 0,5 ml

A VILLAMIZAR
RIVERA
EG. 1075/03



25 U

CDV PAMPLONA
CLÍNICA PAMPLONA CONSULTORIO 305
CENTRO DE VACUNACIÓN PARTICULAR

70033555/00-1/1/83

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN DEL ADULTO

OK.

Nombres: SHARON DANIELA

Apellidos: PINEDA FUENTES

Documento de Identidad:

C.C. T.J. N° 1.094.277.280

Fecha de nacimiento:

Día .
06

Mes
07

Año
1996.

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	Firma
Triple viral	1	20/FEB/18	UNSD28	TERESA
	2	24/ABR/18	AB9697BA	TERESA
Varicela	1	SEP/7/16	L019448	TERESA
Toxoide tetanico difterico Td	1	SEP/7/16	D2277	TRANSCRIPCION
	2	EN 31/18	221507316A	TRANSCRIPCION
	3	1 Ago. 2018	221501016A	TRANSCRIPCION
	4	15 enero 2020	23 38X004A	TRANSCRIPCION
	5			
Contra Hepatitis B	1	20/FEB/18	UVX16003	TERESA
	2	27/MAR/18	UVX16003	TERESA
	3	11/02/18	UVF16003	TERESA

Nombre de Documento: Sharon Daniela Pineda Fuentes
 1.094.277.280.

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	Firma
Fiebre Amarilla	1	20/FEB/18	M5009	TERESA
Contra Influenza	1	31/EN/18	VS0277018	TRANSCRIPCION
	2	09/09/20	265256121	TERESA
	3	29/10/22	401B	TERESA
Hepatitis A	1	20/FEB/18	N019747	TERESA
	2	24/ABR/18	N315214	TERESA
Neumococo	1			
	2			
Otras	↓	09/12/2024	VS 0524004	Skullink + SUDP



INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO INSTITUTO TECNICO LABORAL COMPETITIVO DE COLOMBIA

Autorizado por la Secretaria de Educación Departamental según Licencia de Funcionamiento del marzo 12 del 2012, y modificación de licencia de funcionamiento y cambio de razón social según la resolución 004223 del 15 de mayo del 2024
Vigilado y controlado por secretaria de Educación del Norte de Santander

HACE CONSTAR QUE

SHARON DANIELA PINEDA FUENTES

Identificado (a) con C.C número 1094277280 de Pamplona

ASISTIO Y APROBO EL CURSO DE:

ATENCIÓN DE VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 45 HORAS

ESTE CERTIFICADO SE EXPIDE EN EL MUNICIPIO DE PAMPLONA A LOS 05 DIAS DEL MES DE JUNIO 2024, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

WILLIAM DE JESUS TABORDA QUINTERO
Representante Legal

JOSE GUSTAVO QUINTERO GUIO
Director

VERIFICACION DE CERTIFICACION COMUNICARSE AL 3106971943/3184626872/5683683 WWW.PLATAFORMAINTEGRA.COM/
VIGENCIA DE UN AÑO A PARTIR DE SU EXPEDICIÓN.
DECRETO 1075 DEL 2015 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL.



Educación



SECRETARÍA DE EDUCACIÓN
Norte de Santander

BANCO FALABELLAS.A

NIT 900047981-8

CERTIFICA A QUIEN INTERESE QUE:

El producto **CUENTA DE AHORRO TRADICIONAL** con número **111700330000** con fecha de apertura **2021-09-25** de titularidad del (la) señor(a) **Sharon Daniela Pineda Fuentes** identificado(a) con la (el) **Cédula de Ciudadanía** número **1094277280**, a la fecha se encuentra **ACTIVA**.

Se expide a los Un (01) días del mes de septiembre de 2024, a solicitud del consumidor financiero.

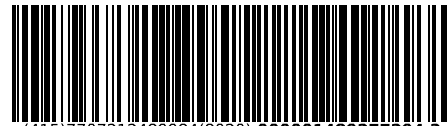
Cordialmente,

Gerencia de Servicio y Experiencia al Cliente
BANCO FALABELLAS.A

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario

14892772943



(415)7707212489984(8020) 000001489277294 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 9 4 2 7 7 2 8 0

6. DV

8

12. Dirección seccional

Impuestos de Cúcuta

14. Buzón electrónico

7

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 0 9 4 2 7 7 2 8 0

27. Fecha expedición

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Norte de Santander

5 4

30. Ciudad/Municipio

Pamplona

5 1 8

31. Primer apellido

PINEDA

32. Segundo apellido

FUENTES

33. Primer nombre

SHARON

34. Otros nombres

DANIELA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Norte de Santander

5 4

40. Ciudad/Municipio

Pamplona

5 1 8

41. Dirección principal

CONJ ELEMEELEC IN 14

42. Correo electrónico

daniela_pineda67@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 4 6 0 3 7 8 6 7

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

8 6 9 9

47. Fecha inicio actividad

2 0 2 2, 1 0, 1 2

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1 2

Ocupación

51. Código

1 3 1 4

52. Número establecimientos

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

60. No. de Folios:

3

61. Fecha

2023 - 02 - 01 / 09 : 31: 59

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:

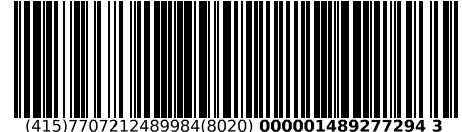
984. Nombre ORTEGA SANCHEZ YULY XIOMARA

985. Cargo Gestor I

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14892772943



(415)7707212489984(8020) 000001489277294 3

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

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comerci 0 2	161. Actividad económica Expendio a la mesa de comidas preparadas	167. Fecha de la matrícula mercantil 5 6 1 1
162. Nombre del establecimiento RESTAURANTE BAR CINE CAFE		
163. Departamento Norte de Santander 5 4	164. Ciudad/Municipio Pamplona 5 1 8	
165. Dirección CR 6 6 26 BRR CENTRO		
166. Número de matrícula mercantil 2 1 7 6 1	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 1 5 0 5 1 2	
168. Teléfono 3 1 0 8 0 3 1 9 9 0	169. Fecha de cierre 2 0 2 1 0 4 2 8	
160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
162. Nombre del establecimiento		
163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
165. Dirección		
166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	
160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
162. Nombre del establecimiento:		
163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
165. Dirección		
166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 271173112



PIB
22:12:21
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 09 de mayo del 2025

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) SHARON DANIELA PINEDA FUENTES identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1094277280:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

Carlos William Rodríguez Millán
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.

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

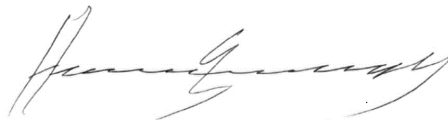
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 09 de mayo de 2025, a las 22:18:17, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1094277280
Código de Verificación	1094277280250509221817

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



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:18:53 PM horas del 09/05/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1094277280**

Apellidos y Nombres: **PINEDA FUENTES SHARON DANIELA**

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





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, 09/05/2025 11:19:55 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1094277280** y Nombre: **SHARON DANIELA PINEDA FUENTES.**

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. **115694984** . 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

Información

515 9000



Dios y
Patria

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



COLOMBIA
POTENCIA DE LA
VIDA

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 22:21:49 horas del 09/05/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. 1094277280,
Apellidos y Nombres PINEDA FUENTES SHARON DANIELA

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA, con NIT 890501019-9 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.

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



**FORMULARIO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS
Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)**

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, SHARON DANIELA PINEDA FUENTES

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 1.094.277.280 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	COLOMBIA	Departamento	NORTE DE SANTANDER	Municipio	PAMPLONA
Dirección	CRA 9 LOTE 1 MNZ5 APTO 301 SANTO TOMAS EDIFICIO VENECIA			Teléfonos	3146037867

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
MARIA CENAI DA FUENTES ARCHILA	60.441.256	MAMA

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESIÓN PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACIÓN PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE**, QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	6.000.000
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	-
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	-
ARRIENDOS	-

HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	\$ 6.000.000

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCO FALABELLA	AHORROS	111700330000	FALABELLA	\$ 320.0

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR
VEHICULO	CUX426. CHEVROLETH SAIL MODELO 2013	\$ 22.000.0

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

1.2. DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO


c) En la actualidad: **SI** **NO** tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	N°
	C.C. C.E. T.I.	

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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 DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA	
	
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA	CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA
 PBX: (+57) 601 7395656

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4752459810

PÓLIZA No: 475 -89 - 994000004402 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS CUCUTA PROMOVEMOS SEGUROS LTDA.				COD. AGE: 475				RAMO: 89				PAP:							
DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO					
03	09	2024		30	08	2024	23:59	30	08	2025	23:59	365	03	09	2024				
FECHA DE EXPEDICIÓN				VIGENCIA DE LA PÓLIZA				VIGENCIA DESDE				VIGENCIA HASTA				FECHA DE IMPRESIÓN			
				A LAS				A LAS				DIAS				TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION			
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL																			

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION																			
				VIGENCIA DEL ANEXO															
				30 08 2024 23:59				30 08 2025 23:59				365							
				VIGENCIA DESDE				VIGENCIA DESDE				VIGENCIA HASTA				VIGENCIA HASTA			
				A LAS				A LAS				A LAS				A LAS			

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **SHARON DANIELA PINEDA FUENTES** IDENTIFICACIÓN: CC **1094.277.280**

DIRECCIÓN: **CONDOMINIO ELIMELEC APTO 303** CIUDAD: **PAMPLONA, NORTE DE SANTANDER** TELÉFONO: **3154034847**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **SHARON DANIELA PINEDA FUENTES** IDENTIFICACIÓN: CC **1094.277.280**

DIRECCIÓN: **CONDOMINIO ELIMELEC APTO 303** CIUDAD: **PAMPLONA, NORTE DE SANTANDER** TELÉFONO: **3154034847**

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

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **NORTE DE SANTANDER** CIUDAD: **PAMPLONA**

DIRECCION: **VIA URBANA No. 0-0**

ACTIVIDAD: **FONOAUDIOLOGO**

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

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

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

TOMADOR: PINEDA FUENTES, SHARON DANIELA
ASEGURADO: PINEDA FUENTES, SHARON DANIELA
BENEFICIARIO: Terceros Afectados y/o quien tenga derecho a la prestación asegurada.

PROFESION ASEGURADA: **FONOAUDIOLOGO**

OBJETO:

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ***100,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****54,950	GASTOS EXPEDICION: \$*****7,500.00	IVA: \$ *****11,866	TOTAL A PAGAR: \$ *****74,315
--	--------------------------------	---------------------------------------	------------------------	----------------------------------

INTERMEDIARIO			COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
MARIA CAROLINA BECERRA BARAJAS	9674	100.00			

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

FIRMA ASEGURADOR (415)7701861000019(8020)00000000007000475245981

FIRMA TOMADOR

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

CADFE257A0B0AF5765E

CLIENTE

JEMARQUEZ 0

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

Compañía de Seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS CUCUTA PROMOVEMOS SEGUROS LTDA. COD. AGENCIA: 475 RAMO: 89 No PÓLIZA: 994000004402 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **SHARON DANIELA PINEDA FUENTES** IDENTIFICACIÓN: CC **1094.277.280**
ASEGURADO: **SHARON DANIELA PINEDA FUENTES** IDENTIFICACIÓN: CC **1094.277.280**
BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO ITEM 1

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

CONDICIONES GENERALES:

Según Aseguradora Solidaria de Colombia forma 17/03/2021-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-36-D00I y 17/03/2021-1502-NT-P-06-P170321MGG8G8000

<https://www.aseguradorasolidaria.com.co/resources/site1/General/Clausulados/Generales/CL-SUSG-36-RC-MEDICA-PROFESIONAL-17032021.pdf>

AMPARO BÁSICO:

- " Responsabilidad Civil Profesional Médica: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.
- " Uso de Equipos de Diagnóstico y/o Terapéutica: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.
- " Suministro de Medicamentos: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.
- " Sustitución Provisional: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.
- " Gastos de Defensa: sublímite del 10% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia.

AMPAROS ADICIONALES:

- Entendidos como contratados, sujetos al respectivo pago de prima e inserción en la caratula y/o condiciones particulares de la póliza.
- " Costos para la constitución de Cauciones Judiciales: sublímite del 5% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia.
- " Costas del proceso según fallo judicial: sublímite del 10% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia.
- " Cobertura a Perjuicios Extra patrimoniales: sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia. Entendido como Perjuicios Extrapatrimoniales los ocasionados a un tercero, derivados directamente de una lesión personal o daño material amparados por la póliza. En Daños Morales se incluyen amparados los Perjuicios Fisiológicos y los Daños a la Vida en Relación.

ANEXOS DE COBERTURA, CONDICIONES Y DEMAS CLAUSULAS:

- " No se otorga restablecimiento automático de la suma asegurada.
- " Definición de Sublímite: incluido dentro del valor asegurado, esto quiere decir que en caso de pérdida total no constituye un valor adicional de indemnización
- " Cláusula de Revocación: treinta (30) días.
- " Aviso de Siniestro: treinta (30) días.
- " Cláusula de no renovación tácita o automática.
- " Declaraciones Reticentes o Inexactas: la empresa tomadora está obligada a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias relacionadas con éste producen los efectos previstos en el Código de Comercio.

DEDUCIBLES:

- " Gastos de Defensa, Cauciones Judiciales y Costas del Proceso: sin aplicación de deducible.
- " Demás Eventos: 10% del valor de la pérdida, mínimo 2 SMMLV.

EXCLUSIONES:

- Sin perjuicio de las consagradas en el texto de las condiciones generales del seguro, se excluyen además las siguientes:
- " Actos médicos realizados con aparatos, equipos o tratamientos o medicamentos no reconocidos por la ciencia médica, salvo aquellos de carácter científico-experimental durante ensayos clínicos cuyos protocolos hayan sido debidamente autorizados por organizaciones respectivas e informados por escrito al Asegurador previo a su inicio. Excepto también cuando la utilización de los cuales representa el último remedio para el paciente a raíz de su condición, cuya aplicación haya sido sancionada por las autoridades civiles y/o administrativas respectivas y cuya naturaleza y carácter de científico experimental haya sido consignada fiel y claramente en el consentimiento Informado realizado con el paciente, y avalado con la firma de éste.
- " Daños Financieros Puros (Lucro cesante) que no sean consecuencia directa de un daño físico causado por el Asegurado a un paciente.
- " Reclamaciones por sanciones punitivas o ejemplares, es decir, cualquier multa o penalidad impuesta por un juez civil o penal, o sanciones de carácter administrativo.
- " Reclamaciones por cirugía bariátrica, salvo para pacientes diagnosticados clínicamente con obesidad mórbida o super-obesidad y con masa corporal superior a 35 kilogramos por metro cuadrado.
- " Reclamaciones por cualquier ofensa sexual, cualquiera que sea su causa y/u origen.
- " Reclamaciones por actos médicos realizados con anterioridad a la fecha de entrada en vigor de ésta cobertura.
- " Reclamaciones por la falta o el incumplimiento, completo o parcial, del suministro de servicios tales como la electricidad, agua, gas, teléfono, etc., salvo en caso de fuerza mayor no imputable al Asegurado.
- " Reclamaciones por incumplimiento de algún convenio, sea verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de éxito que garantice el resultado de cualquier tipo de servicio médico.
- " Reclamaciones por reintegro de honorarios profesionales o sumas abonadas al Asegurado o a su representante.
- " Reclamaciones por toda Responsabilidad Civil Contractual y Extracontractual, tales como; RC Patronal, RC Directores y Oficiales (D&O), RC de Profesionales no Médicos (E&O), RC Servidores Públicos, y RC Automotores.
- " Reclamaciones presentadas y/o demandas entabladas / formuladas y/o sentencias fuera del país de domicilio del Asegurado, incluyendo aquellas donde se conceda el estado de Exqatur en Colombia.

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS CUCUTA PROMOVEMOS SEGUROS LTDA. COD. AGENCIA: 475 RAMO: 89 No PÓLIZA: 994000004402 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:	SHARON DANIELA PINEDA FUENTES	IDENTIFICACIÓN:	CC	1094.277.280
ASEGURADO:	SHARON DANIELA PINEDA FUENTES	IDENTIFICACIÓN:	CC	1094.277.280
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	IDENTIFICACIÓN:	NIT	001-8

TEXTO ITEM 1

" Cualquier Médico General o Cirujano que efectúe control de peso mediante liposucción, lipoescultura, derivación intestinal, o mediante receta de medicamentos que contengan barbitúricos, sus componentes y/o derivados.
" Cualquier Médico General o Cirujano que efectúe liposucción, lipoescultura, derivación intestinal o gastroplastia transversal únicamente con fines estéticos o cosméticos.

EXCLUSIÓN - ENFERMEDAD TRANSMISIBLE

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

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

- La supervisión, contratación, empleo, entrenamiento o monitoreo de otros que puedan estar infectados y propagar una enfermedad transmisible;
- Las pruebas para una enfermedad transmisible;
- Falla en prevenir la propagación de la enfermedad; o
- Falla en el reporte de la enfermedad a las autoridades;
- La aplicación de cualquier ley u orden la cual el asegurado estaba legalmente obligado a cumplir antes o en cualquier momento de la propagación real de la Enfermedad Transmisible.

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

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

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

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

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

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

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE PÉRDIDAS Y DATOS CIBERNÉTICOS

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

1.1 Pérdida cibernética.

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

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

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

DEFINICIONES

A. PÉRDIDA CIBERNÉTICA:

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

B. ACTO CIBERNÉTICO:

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

C. INCIDENTE CIBERNÉTICO:

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

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

D. SISTEMA INFORMÁTICO:

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

E. DATOS:

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS CUCUTA PROMOVEMOS SEGUROS LTDA. COD. AGENCIA: 475 RAMO: 89 No PÓLIZA: **994000004402** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:	SHARON DANIELA PINEDA FUENTES	IDENTIFICACIÓN:	CC	1094.277.280
ASEGURADO:	SHARON DANIELA PINEDA FUENTES	IDENTIFICACIÓN:	CC	1094.277.280
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	IDENTIFICACIÓN:	NIT	001-8

TEXTO ITEM 1

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

EXCLUSIONES PARA GASTOS DE DEFENSA:

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

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

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

AMBITO TERRITORIAL:

" Jurisdicción y Legislación Aplicable: colombiana.

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

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



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

SHARON DANIELA PINEDA FUENTES

C.C 1.094.277.280

Participó y completó el curso virtual:

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 14 de enero 2025

Aura Isabel Mora

Código: 765826230000

Directora de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano



**INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO INSTITUTO TECNICO
LABORAL COMPETITIVO DE COLOMBIA**

Autorizado por la Secretaria de Educación Departamental según Licencia de Funcionamiento del marzo 2 del 2012, y modificación de licencia de funcionamiento
y cambio de razón social según la resolución 004223 del 15 de nayo del 2024
Vigilado y controlado por secretaria de Educación del Norte de Santander

HACE CONSTAR QUE

SHARON DANIELA PINEDA FUENTES

Identificado (a) con C.C número 1094277280 de Pamplona

ASISTIO Y APROBO EL CURSO DE:

**ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A
VICTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO**

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 45 HORAS

ESTE CERTIFICADO SE EXPIDE EN EL MUNICIPIO DE PAMPLONA A LOS 05 DIAS DEL MES DE JUNIO 2024, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO
CONDUCE A TITUTLO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

WILLIAM DE JESUS TABORDA QUINTERO

Representante Legal

JOSE GUSTAVO QUINTERO GUIO

Director

VERIFICACION DE CERTIFICACION COMUNICARSE AL 3106971943/3184626872/5683683 WWW.PLATAFORMAINTEGRA.COM/
VIGENCIA DE UN AÑO A PARTIR DE SU EXPEDICIÓN.

DECRETO 1075 DEL 2015 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL



Educación



SECRETARÍA DE EDUCACIÓN
Norte de Santander



INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO INSTITUTO TECNICO LABORAL COMPETITIVO DE COLOMBIA

Autorizado por la Secretaria de Educación Departamental según Licencia de Funcionamiento del marzo 12 del 2012, y modificación de licencia de funcionamiento y cambio de razón social según la resolución 004223 del 15 de mayo del 2024
Vigilado y controlado por secretaria de Educación del Norte de Santander

HACE CONSTAR QUE

SHARON DANIELA PINEDA FUENTES

Identificado (a) con C.C número 1094277280 de Pamplona

ASISTIO Y APROBO EL CURSO DE:

HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 45 HORAS

ESTE CERTIFICADO SE EXPIDE EN EL MUNICIPIO DE PAMPLONA A LOS 20 DIAS DEL MES DE JULIO 2024. LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

WILLIAM DE JESUS TABORDA QUINTERO

Representante Legal

JOSE GUSTAVO QUINTERO GUIO

Director

VERIFICACION DE CERTIFICACION COMUNICARSE AL 3106971943/3184626872/5683683 WWW.PLATAFORMAINTEGRA.COM /

VIGENCIA DE UN AÑO A PARTIR DE SU EXPEDICIÓN.

DECRETO 1075 DEL 2015 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL.



Educación



SECRETARÍA DE EDUCACIÓN
Norte de Santander

VERIFICACION DE CERTIFICACION COMUNUCARSE AL 3106971943/3184626872/5683683 WWW.PLATAFORMAINTEGRA.COM /
VIGENCIA DE UN AÑO A PARTIR DE SU EXPEDICIÓN.
DECRETO 1075 DEL 2015 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL.



Educación



SECRETARÍA DE EDUCACIÓN
Norte de Santander



Dr. Camilo Alberto García Jáuregui

Médico Especialista En Salud Ocupacional
Servicios especializados de salud ocupacional

Carrera 5 No. 8B-40 Centro Médico Integral 2do Piso
Pamplona - Norte de Santander
Cel. 3176473203 - 3208604427
ail. camilogarciaj@sytsaludytrabajo.com - saludocupacionalpamplona@hotmail.com
www.sytsaludytrabajo.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 26,694

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
02	09	2024	PAMPLONA (NORTE DE SANTANDER, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
DÍA	MES	AÑO	Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULARES CONTADO				HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA			
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)							
PINEDA FUENTES SHARON DANIELA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				FEMENINO	28 AÑOS 1 MESES 27 DÍAS	CC	1094277280
						Tipo	Número
Cargo FONOAUDIOLOGA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)							
Observaciones: NO APLICA							
N/A		NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)					
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL				-----			
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
			USO DE EPP			HABITOS SALUDABLES	
			PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			CONTROL DE PESO	
						HACER DEPORTE	
						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
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 del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el 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: _____				Firma: _____			
Nombre: GARCIA JAUREGUI CAMILO ALBERTO ALBERT				Nombre: PINEDA FUENTES SHARON DANIELA			
R. M.: 1038		L.S.O.: 001330		Código de Seguridad B231H1N26694		CC: 1094277280	