

Libertad y orden  
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

*Hace constar que*

**JENIFFER MOSQUERA RUEDA**

*Con Cedula de Ciudadanía No. 1.098.621.782*

*Cursó y aprobó la acción de Formación*

## AVANZADO TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

*con una duración de 40 horas*

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Girón, a los seis (6) días del mes de mayo de dos mil diecisiete (2017)*

Firmado Digitalmente por  
CLAUDIA CELINA MARIN ARIZA  
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA  
Autenticidad del Documento  
Bogotá - Colombia

CLAUDIA CELINA MARIN ARIZA  
SUBDIRECTORA  
CENTRO INDUSTRIAL DE MANTENIMIENTO INTEGRAL  
REGIONAL SANTANDER

43408151 - 06/05/2017  
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 9224001408051CC1098621782C.



República de Colombia

ESCUELA COLOMBIANA DE FORMACIÓN EN SALUD

**EFORSALUD**

EDUCACIÓN NO FORMAL

Resolución 0786 de la Secretaría de Educación de Santander  
Ministerio de Salud Acuerdo No. 14 Decreto 1849 de 1992

CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL

Concedido a:

*Jennifer Mosquera Rueda*

T.I. 860824 - 57552 de Girón

Por haber cursado y aprobado el programa de estudios Teórico - Práctico de 1800 horas,  
establecidas por el Ministerio de Salud, que lo capacitan para ejercer como:

**TÉCNICO EN  
AUXILIAR DE ENFERMERÍA**

*[Firma]*  
DIRECTOR GENERAL

*[Firma]*  
COORDINADORA GENERAL

*[Firma]*  
SECRETARIA GENERAL

REPUBLICA COLOMBIANA  
MINISTERIO DE SALUD  
SECRETARIA DE SALUD SANTANDER  
Res. No. 9500  
Fecha Abril 2005  
Inscripción No. 860824  
Folio 86  
División A. Vigilancia y Control

Anotado al Folio No. 86 Del libro No. 01 de Certificados  
Bucaramanga, Julio 9 de 2005



LA REPÚBLICA DE COLOMBIA  
Y EN SU NOMBRE

**CORPORACIÓN DE SANTANDER**  
**CORSAN**

Resolución de la S.E.S. No 18336 del 18 de Diciembre de 2000.

Se declara copia del Circuito de  
Lecturas y Escritura. Que esta fo-  
rma para ser consultada el original que  
está en el archivo  
Lebrón.  
06 FEB 2013  
Sol. Quintero, D. S. Villanueva  
Canciller

CONFIERE EL TÍTULO DE

**Bachiller Académico**

A

**Jennifer Mosquera Rueda**

T.I. No. 860824-57552 expedida en Girón (S.S)

Quien cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos en el P.E.I.  
En testimonio de ello se le otorga el presente

**Diploma**

*Blanca M. González*  
Rectora



*Tanyuac*  
Secretaria

En la ciudad de Bucaramanga, a los 6 días del mes de Julio de 2003.  
Registrado al Folio 6 Libro 1 Diploma de Grado No 24.



República de Colombia

ESCUELA COLOMBIANA DE FORMACIÓN EN SALUD

**EFORSALUD**

EDUCACIÓN NO FORMAL

Resolución 0786 de la Secretaría de Educación de Santander  
Ministerio de Salud Acuerdo No. 14 Decreto 1849 de 1992

CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL

Concedido a:

*Jeniffer Mosquera Rueda*

*T.I. 860824 - 57552 de Girón*

Por haber cursado y aprobado el programa de estudios Teórico - Práctico de 1800 horas,  
establecidas por el Ministerio de Salud, que lo capacitan para ejercer como:

**TÉCNICO EN  
AUXILIAR DE ENFERMERÍA**

DIRECTORA GENERAL

COORDINADORA GENERAL

SECRETARIA GENERAL

REPÚBLICA COLOMBIA  
MINISTERIO DE SALUD  
SECRETARÍA DE SALUD SANTANDER  
Res. No. 9580  
Fecha Agosto 18 de 2005  
Inscripción No. 888 Folio 12  
Ejemplar 88  
División A. Vigilancia y Control

Anotado al Folio No. 86 Del libro No. 01 de Certificados  
Bucaramanga, Julio 9 de 2005

República de Colombia



Departamento de Santander

RESOLUCION	CADENA AFILIADOS	Comuna Salud	Versión 3	Página 1 de 1
------------	------------------	--------------	-----------	---------------

RESOLUCION NÚMERO -- 05785 DE

POR LA CUAL SE OTORGA UNA LICENCIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

EL SUSCRITO SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL

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 JENIFFER MOSQUERA RUEDA identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 1098621782 ha solicitado licencia para la prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el trabajo ante la Secretaría de Salud Departamental de Santander.

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 expedición 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:

ARTÍCULO 1: Otórguese LICENCIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO A: JENIFFER MOSQUERA RUEDA. - TECNOLOGO EN SALUD OCUPACIONAL, identificado(a) con Cedula de Ciudadanía No. 1098621782, en las áreas de: APOYO EN ACTIVIDADES DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, ACOMPAÑAMIENTO EN LA INVESTIGACIÓN DEL ACCIDENTE DE TRABAJO, EDUCACIÓN, CAPACITACIÓN Y EJECUCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

ARTÍCULO 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.

ARTÍCULO 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.

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

ARTÍCULO 5: Contra la presente Resolución procede los recursos legales

NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bucaramanga a los 06 MAY 2016

CLAUDIA MERCEDES AMAYA AYALA  
Secretaría de Salud Departamental

VoBe: Salvador Rincón Sánchez - Director de Desarrollo Vigilancia y Control  
Revisó: Yeliza Hernández G. - Coordinadora Grupo de Acreditación en salud S.O.G.C.C.  
Proyectó: Elizabeth Caballero Zabala - Grupo de Acreditación en salud S.O.G.C.C.



**CORPORACIÓN DE SANTANDER**  
**CORSAM**

Resolución 18336 de 18 de diciembre de 2000.

En la ciudad de Bucaramanga, Departamento de Santander a los cinco (5) días del mes de Julio del año 2003 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, las suscritas Rectora y Secretaria de la CORPORACIÓN DE SANTANDER, Corporación aprobada hasta el once (11°) grado de Educación Media Vocacional y autorizada por la SECRETARIA DE EDUCACIÓN DEPARTAMENTAL, para otorgar el título de BACHILLER en la modalidad ACADEMICO según resolución No 18336 del 18 de Diciembre de 2000.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de educación media Vocacional, se procedió a otorgar el título de BACHILLER ACADEMICO al graduando cuyo(s) apellidos, nombre(s), y número de identificación se relacionan a continuación:

MOSQUERA RUEDA JENIFFER  
T.I. No. 860824-57552 de Girón

Es fiel copia tomada del Acta Original General No 006 (Seis) de fecha 5 de Julio de 2003, que consta de 74 estudiantes y que comienza con los apellidos y nombre(s) de: ACEVEDO RUEDA KHATERIN y se cierra con los apellidos y nombre(s) de: VERGARA OSTOS MARLEN.

Firmada y sellada por la Rectora BLANCA MARIA GONZALEZ SERRANO y la Secretaria MARTHA LUCIA ANAYA GOMEZ.

Dada en Bucaramanga, a los cinco (5) días del mes de Julio de 2003.

*Blanca M. Gonzalez S.*  
BLANCA MARIA GONZALEZ S.  
Rectora

*MARtha Lucia Anaya G.*  
MARTHA LUCIA ANAYA G.  
Secretaria

Acta Individual de Grado



# EFORSALUD

CONSEJO DE DIRECCION

ACTA No 0085

CERTIFICACION DECIMA SEPTIMA PROMOCION

TECNICOS EN AUXILIAR DE ENFERMERIA

2005

El Consejo de Dirección de la ESCUELA COLOMBIANA DE FORMACION EN SALUD "EFORSALUD"; en uso de sus atribuciones y considerando:

1. Que según el Acuerdo No 14 en su sesión No 13 de Junio 5 de 1996, Decreto 1849 de 1992 del Ministerio de Salud otorgó a EFORSALUD, concepto favorable para la formación de Técnicos en Auxiliares de Enfermería.
2. Que el Ministerio de Educación Nacional a través de la Gobernación de Santander, según resolución 0786 del 23 de Febrero de 1996, concedió Autorización Oficial para impartir Capacitación Teórico - Práctica en el Programa Técnico en Auxiliar de Enfermería.
3. Que entre las funciones establecidas por los estatutos de la institución, es el Consejo de Dirección quien conceptúa sobre las Certificaciones en el Programa de Formación de Técnico en Auxiliar de Enfermería.
4. Que el Manual de Convivencia en el Capítulo Undécimo, Artículo 73, 74 determina: Que para optar el Certificado que conste la Formación de Recurso Auxiliar en Salud, los aspirantes deberán cumplir con los siguientes requisitos:
  - a. Haber cursado y aprobado la totalidad de las asignaturas correspondientes al plan de estudios establecidos en el programa, atendiendo los porcentajes de calificación mínima aprobatoria.
  - b. Cancelar los derechos que por este concepto de grado fija anualmente la institución.
  - c. Encontrarse a Paz y Salvo con todas las dependencias de la institución.
  - d. No encontrarse con Impedimento legal, psíquico o físico para el ejercicio de la respectiva ocupación.
5. Que el Manual de Convivencia en el Capítulo Undécimo, Artículo 75, 76 determina: Que para otorgar el Certificado como Técnico en Auxiliar de Enfermería se hará constar en una acta de graduación el correspondiente certificado.

## RESUELVE

6. Registrar el Certificado de TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA en un diploma que dice La República de Colombia, Secretaria de Educación Departamental y en su nombre el Instituto de Educación No Formal ESCUELA COLOMBIANA DE FORMACION EN SALUD- EFORSALUD, Autorización Oficial 0786 Secretaria de Educación de Santander y Acuerdo No 14 de 1996.

Confiere CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL de TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA a: MOSQUERA RUEDA JENIFFER, identificada con Tarjeta de Identidad No. 860824-57552 de Girón, por haber cursado y aprobado sus estudios en el programa con una intensidad total de 1800 Horas.

Expedida en Bucaramanga, a los nueve días del mes de julio del año dos mil cinco.

Firman: El Director General; Fabricio Monroy Tellez, La Coordinadora General; Iliana Milena Ulloa Sabagal, La Secretaria General; Olga Milena Rojas Prada.

Anotado en el folio 86, Libro de Certificados No 01.

Para seguridad de los Certificados se encuentra el Logotipo de EFORSALUD, y sus respectivas firmas.

Firman,

DIRECTOR GENERAL

COORDINADORA GENERAL

SECRETARÍA GENERAL

CARRERA 27 No. 48-49 Tel - Fax: 6571177 - 6577033 - 6572135 - 6572323 - 6570190 - 6430892 - 6478303

Sede Pamplona: Hospital San Juan de Dios, Pamplona III Piso Pediatría Tel. 684790

Sede San Gil: Hospital San Juan de Dios Tel. 236767



REGIONAL SANTANDER  
CENTRO ATENCION SECTOR AGROPECUARIO

## ACTA DE GRADO

No Y FECHA REGISTRO 17739934 - 06/02/2016

# EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

## CONSIDERANDO

Que: JENIFFER MOSQUERA RUEDA, Con Cedula de Ciudadania No. 1.098.621.782

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS POR EL SENA, RESUELVE OTORGARLE EL TÍTULO DE:

## TECNÓLOGO EN SALUD OCUPACIONAL

En constancia de lo anterior se firma la presente en Piedecuesta, a los cinco (5) días del mes de febrero de dos mil dieciséis (2016)

Firmado Digitalmente por  
LEONARDO HERNANDEZ SILVA  
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA  
Autenticidad del Documento  
Bogotá - Colombia

LEONARDO HERNANDEZ SILVA  
SUBDIRECTOR CENTRO ATENCION SECTOR AGROPECUARIO  
REGIONAL SANTANDER

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 912209526386CC1093621782A.



Personas que hacen la diferencia

**CERTIFICA QUE:**

El(la) señor(a) **MOSQUERA RUEDA JENIFER** identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 1098621782 , laboró para nuestra compañía con Contrato de Duracion obra o labor, así:

Empresa Usuaria	Cargo o Labor	Inicio	Terminación	Último Sueldo
AVICOLA EL MADRONO S.A	AUXILIAR DE SST	20201214	20210716	1,000,000

Dado en Bogotá D.C. a los 04 días del mes de octubre del 2021, a través de nuestra página web.

Se solicita verificar el contenido de la presente certificación en los teléfonos abajo referidos según la ciudad correspondiente.

Atentamente,

**Carlos David Castillo Céspedes**  
Director de Gestión Humana  
**MULTIEMPLEOS S.A.**

Personas que hacen la diferencia

[www.multiempleos.com.co](http://www.multiempleos.com.co)

**BOGOTÁ D.C.**  
Carrera 49 D No. 81 - 45  
La Castellana

**BUCARAMANGA**  
Calle 52 A No. 31 - 41

**CALÍ**  
Calle 23a No. 4a-52 Local  
102 Edificio El Corral

**MEDELLÍN**  
Carrera 49 # 52 - 61  
Oficina 503

**BARRANQUILLA**  
Ara 27 # 58 b - 40  
Barranquilla

Líneas de atención 3154135597 - 3175110432



**CENTRO MÉDICO Y DROGUERÍA RENACER**  
**DR. MARCO ANTONIO SÁNCHEZ MARTÍNEZ**

NIT 79295545-5  
La Salud con Calidad Humana  
Calle 13 No. 11-48, Lebríja, Santander  
3188798450  
marco-1705@hotmail.com

CIUDAD: LEBRUJA, SANTANDER

**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL**

FECHA: 8 / 4 / 2.022

EXAMEN: PREINGRESO  PERIÓDICO

EGRESO

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: C.C.

NÚMERO 1.098.621.782

DE BUCARAMANGA, SANTANDER

NOMBRES Y APELLIDOS: JENIFFER MOSQUERA RUEDA

SEXO: F  M

EDAD: 35 AÑOS

ESTADO CIVIL: SOLTERO (A)

GRADO DE ESCOLARIDAD

BÁSICA

MEDIA

TÉCNICA/TECNOLÓGICA

UNIVERSITARIA

POSTGRADO

TÍTULO: TECNOLOGA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

EMPRESA: INDEPENDIENTE

NIT: \_\_\_\_\_

CARGO: INDEPENDIENTE

FECHA DE INGRESO: 8/04/2022

**FUNCIONES PRINCIPALES:**

ADMINISTRATIVO

OPERATIVO

COMERCIAL

BRIGADISTA DE EMERGENCIA (FUNCIÓN) \_\_\_\_\_

**EXÁMENES PARACLÍNICOS**

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

ESPIROMETRÍA

E.M.O ENFASIS OSTEOMUSCULAR

AUDIOMETRÍA

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTA

OTROS: \_\_\_\_\_

VISIOMETRÍA

OPTOMETRÍA

**CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD OCUPACIONAL**

APTO SIN RESTRICCIONES LABORALES

APTO CON PATOLOGÍA QUE NO LIMITA LA LABOR

APTO CON RESTRICCIONES LABORALES

APLAZADO

APTO PARA CONTINUAR DESEMPEÑANDO SU LABOR

ENFERMEDAD PROFESIONAL

ENFERMEDAD RELACIONADA CON EL TRABAJO

EGRESO SIN EVIDENCIA DE ENFERMEDAD LABORAL

**RECOMENDACIONES**

CONTROL VISUAL ANUAL

CONTROL AUDITIVO ANUAL

REALIZAR EJERCICIO AL MENOS TRES VECES POR SEMANA

UTILIZAR DE FORMA ADECUADA LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SEGÚN EL

CRONOGRAMA DE LA EMPRESA

REPORTAR DE FORMA INMEDIATA ACCIDENTE E INCIDENTES LABORALES

HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES

REDUCIR Y CONTROLAR EL PESO CORPORAL

PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

NO EXCEDER LOS LÍMITES PERMITIDOS PARA EL

TRANSPORTE Y LEVANTAMIENTO DE CARGAS

CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD PARA

LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DE COVID-19

ADOPTADOS Y ADAPTADOS POR LA EMPRESA

OTRO: Examen médico ocupacional de ingreso sin alteraciones, sin restricciones para el cargo. Se recomienda realizar actividades de Prevención y Promoción en salud Visual. Paciente sin evidencia de condición de riesgo COVID-19.

EPS \_\_\_\_\_

**REMISIONES**

ARL \_\_\_\_\_

CARDIOVASCULAR

**INGRESO A PVE**

OSTEOMUSCULAR

PSICOSOCIAL

VISUAL

**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 oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, limitación y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntario 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 ramitan la Historia clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Firmemente 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: \_\_\_\_\_

Nombre: MARCO ANTONIO SÁNCHEZ MARTÍNEZ

R.M. 00274

00274

L.R.L. SST: 21982

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: JENIFFER MOSQUERA RUEDA

CC: \_\_\_\_\_

1098621782

# Certificación Bancaria



Ilebrija, 17 de Noviembre de 2022.

Señor

A quien pueda Interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que JENIFFER MOSQUERA RUEDA identificado(a) con CC No. 1098621782 a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Nombre Producto	Número Producto	Fecha Apertura (aaaa/mm/dd)	Estado
CUENTA AHORROS PLAN ESTANDAR	60247043375	2005/06/21	A ACTIVA

Atentamente,

Claudia María Posada Álvarez  
Gerente Transformación de Sucursales

\* Importante: Esta constancia solo hace referencia al producto mencionado anteriormente.

\*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (575) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA  
Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Empty box for receiving entity

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Mosquera		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Rueda		NOMBRES Jennifer	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No. 1098621782			SEXO F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/>
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="checkbox"/> SEGUNDA CLASE <input type="checkbox"/>		NÚMERO		D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA		
FECHA DIA 24 MES 08 AÑO 1986			CARRERA 13 N 7 16 casa campo alegre 3		
PAÍS COLOMBIA			PAÍS COLOMBIA		DEPTO SANTANDER
DEPTO SANTANDER			MUNICIPIO LEBRIJA		
MUNICIPIO BARRANCABERMEJA			TELÉFONO		EMAIL jeniffer_mosquera@hotmail.com

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

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

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

**EDUCACIÓN 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 ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	6	X		TECNOLOGÍA EN GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	02	2016	

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLE, LEA, 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 O CONTRATO VIGENTE														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - LEBRIJA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SANTANDER			MUNICIPIO LEBRIJA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 6566963			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	11	Mes	04	Año	2022	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA DE SALUD			DEPENDENCIA APOYO A SALUD PUBLICA					DIRECCIÓN						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD CENTRAL MEDICA LAS NIEVES				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SANTANDER			MUNICIPIO GIRON					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 6463281			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	15	Mes	12	Año	2021	Día	30	Mes	04	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO AUXILIAR ENFERMERIA			DEPENDENCIA ACTIVIDADES DE SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 25 - 28 38						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE LEBRIJA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SANTANDER			MUNICIPIO LEBRIJA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 6566384			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	06	Año	2020	Día	31	Mes	07	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN CARRERA 7 N 11 20						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE LEBRIJA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SANTANDER			MUNICIPIO LEBRIJA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	04	Año	2020	Día	31	Mes	05	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA PROMOCION Y PREVENION					DIRECCIÓN CARRERA 7 11 20						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE LEBRIJA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 6566384			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	03	Mes	02	Año	2020	Día	31	Mes	03	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN CARRERA 7 11 20						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SANTANDER			MUNICIPIO BUCARAMANGA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 6430026			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	17	Mes	07	Año	2018	Día	15	Mes	04	Año	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN CALLE 48 25 56 Nuevo Sotomayor						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HIGUERA ESCALANTE				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SANTANDER			MUNICIPIO BUCARAMANGA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 6787870			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	06	Mes	03	Año	2013	Día	28	Mes	02	Año	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE BANCO DE SANGRE			DEPENDENCIA DESPACHO					DIRECCIÓN CALLE 48 32 25						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE LEBRIJA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SANTANDER			MUNICIPIO LEBRIJA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 6566384			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	28	Mes	07	Año	2005	Día	31	Mes	12	Año	2008
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA PYP URGENCIAS HOSPITALIZACION					DIRECCIÓN CARRERA 7 11 20						

4

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

5

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	0	7
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2	1
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	3	11
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	6	7

6

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7

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





Escuela Colombiana de Formación en Salud

ESCOLELA COLOMBIANA DE FORMACIÓN EN SALUD

EDUCACIÓN NO PROFESIONAL

Escuela de Formación en Salud de la Secretaría de Educación Nacional No. 211 Carrera 484 B. 1100

CERTIFICADO DE APETITUD OCUPACIONAL

Concedido a:

*Jennifer Mosquera Rueda*  
I.I. 868324 - 57552 de Cúcuta

Este certificado acredita la aptitud de la estudiante en el área de formación profesional, de acuerdo con los requisitos establecidos en el programa de formación.

**TÉCNICO EN  
ASISTENTE DE ENFERMERÍA**

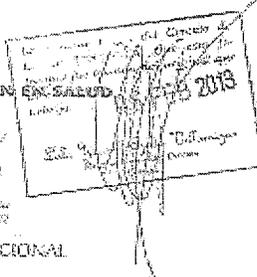
*[Signature]*  
Directora General

*[Signature]*  
Coordinadora Académica

*[Signature]*  
Directora de Asesoría

*[Signature]*  
Directora de Gestión

Escuela Colombiana de Formación en Salud  
Carrera 484 B. No. 211  
Cúcuta, Colombia  
Julio 9 de 2016





GOBERNACIÓN DE SANTANDER  
SECRETARÍA DE SALUD  
REPRESENTACIÓN SEGURIDAD SOCIAL  
DIVISIÓN ACREDITACIÓN VIGILANCIA Y CONTROL

EL JEFE DE DIVISION ACREDITACION VIGILANCIA Y CONTROL

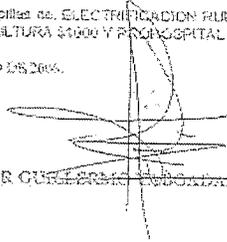
CERTIFICA :

JENIFER MOSQUERA MUEDA, identificada (a) con la cédula de ciudadanía No. 921.702 expedido en BUCARAMANGA se encuentra registrada mediante Resolución No. 060 del 04 DE AGOSTO DE 2006, emanada de SECRETARIA DE SALUD DE ARDER, la cual autoriza el ejercicio de la profesión en todo el TERRITORIO NACIONAL.

En esta Secretaría bajo el No. 0205, fecha 09 de JUNIO DE 2006, de conformidad con la Ley 10 de AGOSTO DE 2006.

Para lo cual se anexan estampillas de: ELECTRIFICACION RURAL \$500, PRO-LAS \$5.700 PRO-PROLLO \$1000 Y PRO-CULTURA \$1000 Y PRO-HOSPITAL \$1000 PRO-ANCIANO \$ 2000.

En fecha del 20 DE JUNIO DE 2006.



VICTOR QUIÑONES

En copia a: [illegible]

GOBERNACIÓN DE SANTANDER



**CENTRO MÉDICO Y DROGUERÍA RENACER**  
**DR. MARCO ANTONIO SÁNCHEZ MARTÍNEZ**

NIT 79295545-5  
La Salud con Calidad Humana  
Calle 13 No. 11-48, Lebríja, Santander  
3188798450  
marco-1705@hotmail.com

**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL**

CIUDAD: LEBRÍJA, SANTANDER FECHA: 17 11 2.022  
EXAMEN: PREINGRESO  PERIÓDICO  EGRESO   
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. NÚMERO 1.098.621.782 DE LEBRÍJA, SANTANDER  
NOMBRES Y APELLIDOS: JENIFFER MOSQUERA RUEDA  
SEXO: F  M  EDAD: 36 AÑOS ESTADO CIVIL: SOLTERA (A)  
DIRECCIÓN: CR 13 7-16, BR CAMPO ALEGRE III - LEBRÍJA TELÉFONO: 3155135347  
EPS: SANITAS F. PENSION: PORVENIR ARL: \_\_\_\_\_  
**GRADO DE ESCOLARIDAD**  
BÁSICA  MEDIA  TÉCNICA/TECNOLÓGICA  UNIVERSITARIA  POSTGRADO   
TÍTULO: TECNOLOGA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO  
EMPRESA: INDEPENDIENTE NIT: \_\_\_\_\_  
CARGO: SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO FECHA DE INGRESO: 17/11/2022

**FUNCIONES PRINCIPALES:**

ADMINISTRATIVO  OPERATIVO  COMERCIAL   
BRIGADISTA DE EMERGENCIA (FUNCIÓN) \_\_\_\_\_

**EXÁMENES PARACLÍNICOS**

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL  AUDIOMETRÍA  VISIOMETRIA   
ELECTROCARDIOGRAMA  VALORACIÓN FISIOTERAPEUTA  OPTOMETRIA   
E.M.O ENFASIS OSTEOMUSCULAR  OTROS: \_\_\_\_\_

**CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD OCUPACIONAL**

APTO SIN RESTRICCIONES LABORALES  APTO CON RESTRICCIONES LABORALES   
APTO CON PATOLOGÍA QUE NO LIMITA LA LABOR  ENFERMEDAD PROFESIONAL   
APTO CON RECOMENDACIONES LABORALES  ENFERMEDAD RELACIONADA CON EL TRABAJO   
APLAZADO  EGRESO SIN EVIDENCIA DE ENFERMEDAD LABORAL

**RECOMENDACIONES**

CONTROL VISUAL ANUAL  HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES   
CONTROL AUDITIVO ANUAL  REDUCIR Y CONTROLAR EL PESO CORPORAL   
REALIZAR EJERCICIO AL MENOS TRES VECES POR SEMANA  PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL   
UTILIZAR DE FORMA ADECUADA LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL  NO EXCEDER LOS LÍMITES PERMITIDOS PARA EL   
PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SEGÚN EL  TRANSPORTE Y LEVANTAMIENTO DE CARGAS   
CRONOGRAMA DE LA EMPRESA  CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD PARA   
REPORTAR DE FORMA INMEDIATA ACCIDENTE E INCIDENTES LABORALES  LA PREVENCIÓN DE LA TRASMISIÓN DE COVID-19   
ADOPTADOS Y ADAPTADOS POR LA EMPRESA

OTRO: Examen médico ocupacional de ingreso sin restricciones laborales. Presenta patología a nivel de pared abdominal región umbilical incipiente asintomática que no limita ni restringe su capacidad laboral. Se recomienda acudir a cita con su EPS si presenta dolor agudo en región umbilical. Presenta alteración de la agudeza visual adecuadamente corregida que no restringe su capacidad laboral, se recomienda control periódico por Optometría. Se recomienda realizar actividades de Prevención y Promoción en salud Visual.

**REMISIONES**

EPS V/N MEDICINA GENERAL ARL \_\_\_\_\_

**INGRESO A PVE**

CARDIOVASCULAR  PSICOSOCIAL   
OSTEOMUSCULAR  VISUAL

**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 oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, limitación y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntario 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: MARCO ANTONIO SÁNCHEZ MARTÍNEZ  
R.M: 00274 L.R.L SST: 21982

Firma: [Firma]  
Nombre: JENIFFER MOSQUERA RUEDA  
CC: 1098621782

	<b>RESOLUCION</b>	CODIGO	AP-JC-RD-89
		VERSION	5
		FECHA DE APROBACION	22-DE-2017
		PAGINA	1 de 1

**RESOLUCION NÚMERO 174-27982 DE 10 DIC 2017**  
**POR LA CUAL SE OTORGA UNA LICENCIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

**EL SUSCRITO SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL**

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 **MARCO ANTONIO SANCHEZ MARTINEZ** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 79.295.545 ha solicitado licencia para la prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el trabajo ante la Secretaría de Salud Departamental de Santander,

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 expedición 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:**

**ARTÍCULO 1:** Otórguese LICENCIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO A: **MARCO ANTONIO SANCHEZ MARTINEZ - MEDICINA GENERAL - ESPECIALISTA EN GERENCIA EN RIESGOS LABORALES, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 79.295.545, en las áreas de Medicina General 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

**ARTÍCULO 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

**ARTÍCULO 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 Secretaria de Salud de Santander para la modificación de la misma.

**ARTÍCULO 4:** Esta Licencia es valida en todo el Territorio Nacional y tendrá carácter personal e intransferible

**ARTÍCULO 5:** Contra la presente Resolución procede los recursos legales

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE**

Dada en Bucaramanga a los 10 de Diciembre de 2017

**LUIS ALEJANDRO RIVERO OSORIO**  
 Secretario de Salud Departamental