Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Rubiano	Ramirez	laura stella

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1.070.622.049

SEXO: F (X) M ( )

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

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 26 MES 07 AÑO 1997

PAÍS: Colombia

DEPTO: Tolima

MUNICIPIO: Espinal

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Vereda Guadalupe - Sector Vega Margaritas

PAÍS: Colombia DEPTO: Tolima

MUNICIPIO: Suarez

TELÉFONO: 3153292056 EMAIL: lauraStrubiano24@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA										
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X

TÍTULO OBTENIDO: Bachiller academico

FECHA DE GRADO: MES 12 AÑO 2014

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
TC	3	X		Auxiliar en Enfermeria	09	2025	

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*
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*
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*
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		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

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 Suarez Tolima , 9 marzo de 2026

Laura st Rubiano R.

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

sigepII FUNCIÓN PÚBLICA

FORMULARIO UNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO. Laura Stella Rubiano Ramirez

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 1070622049 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	Departamento	Municipio
Colombia	Tolima	Suarez

Dirección	Teléfonos
Vereda La Guadita	3153292056

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Jose alejandro herran Riveros	93 138 234	Esposo.
Laura SOFIA Herran Rubiano	1110 263 293	HIJA
maria Alejandra Herran Rubiano	1110 263 515	HIJA

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESION** **PARA RETIRARME** **PARA ACTUALIZACION** **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** ,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	$ -

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Banco Agrario	Ahorro	466570041621		

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

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

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Laura Sofía Rubiano R.

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA

DAFP-038

República de Colombia

Institución Educativa

SANTA ROSA DE LIMA

Calle 4 Cra 4

Suárez - Tolima

Inscripción Secretaría de Educación No 133020

Código DANE : 173770000337

Jornada Mañana

Acta Individual de Graduación

La Institución Educativa Santa Rosa de Lima, Autorizada por la Secretaría de Educación y Cultura del Departamento del Tolima, según Resolución No 03957 de Septiembre 17 de 2012, en atencion a que:

Rubiano Ramírez Laura Stella

T.i. 97072600758 De Suárez Tolima

Cursó y aprobó los estudios correspondientes al nivel de Educación Media y cumplió con todos los requisitos establecidos en el Proyecto Educativo Institucional, le expide el Título de:

Bachiller Académico

Registrado en el Acta de Graduación No.49 de Diciembre 5 de 2014, Folios Nos 112 al 114.

Expedido en Suárez - Tolima, el 05 de Diciembre de 2014.

Según Decreto Nacional No 921 de mayo 6 de 1994, Artículo 2, "La calidad de Bachiller se prueba con copia autenticada del Acta de Graduación ó con el diploma expedido por la correspondiente institución educativa".

Francisco Antonio Miranda Miranda
c.c. 14.215.081 de Ibagué (Tol)
Rector

Danilo Soto Suárez
c.c. 2.387.573 de Suárez (Tol)
Auxiliar Administrativo

Para su validez no se requieren la firma ni el sello de la Secretaría Según Decreto 2150 de Diciembre 5 de 1995

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Secretaria de Educación del Tolima

Instituto de Educación para El Trabajo y El Desarrollo Humano

Centro Educativo Tolimense
Especializado En Sistemas y Salud S.A.S.

"CENTECS"

ESPINAL - TOLIMA

Con licencia de funcionamiento según resolución No. 0962 del 14 de Julio de 2009 y acuerdo 0434 del 4 de Agosto de 2010 de la comisión intersectorial del Talento Humano en Salud y Resolución de aprobación de Estudios No. 2736 del 25 de Noviembre de 2009, Resolución No. 7740 del 10 de Diciembre de 2015, y renovación del Registro del Programa Técnico Laboral N°. 0330 del 25 Enero de 2024, Emanada de la Secretaria de Educación y Cultura del Tolima.

Confiere el Certificado de Técnico Laboral
por competencias en:

AUXILIAR EN ENFERMERÍA

A:

Laura Stella Rubiano Ramírez

Identificado(a) con C.C. 1.070.622.049 de Girardot - Cund.

Por haber cursado y aprobado el programa de Auxiliar en Enfermería, con una intensidad de 1800 horas.

Dado en El Espinal - Tolima a los 19 días del mes de Septiembre del año 2025

CENTECS

Directora

Secretaria

Anotado en el folio N° 70 Diploma No. 30 Registro 118 del libro de actas 63

Powered by CamScanner

Acta Individual

Aprobada por la Secretaria de Educación y Cultura del Tolima Resolución N°. 0330 del 25 de Enero 2024

En El Espinal Tolima a los Diecinueve (19) días del mes de Septiembre de 2025 se reunieron con el fin de formalizar la certificación de los alumnos que culminaron sus estudios, las suscritas Directora y Secretaria, en la dirección del **CENTRO EDUCATIVO TOLIMENSE ESPECIALIZADO EN SISTEMAS Y SALUD " CENTECS" S.A.S** *Institución aprobada por la secretaria de educación y cultura del Tolima, para otorgar el certificado con aptitud ocupacional como* **TECNICO LABORALES POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERIA** *según acuerdo N°. 0434 del 4 de Agosto de 2010 Ministerio de la Protección Social y resolución No. 2736 del 25 de noviembre de 2010, resolución N°. 7740 del 10 de diciembre 2015 y renovación del registro de programa N°. 0330 del 25 de Enero 2024 Secretaria de Educación y cultura del Tolima.*

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes a la educación Técnica, se procedió a otorgar el certificado con actitud ocupacional como ***TECNICO LABORALES POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERIA****; al alumno cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:*

LAURA STELLA RUBIANO RAMIREZ

C.C N° 1.070.622.049 de Girardot-Cundinamarca

Es fiel copia del Acta Original No.63 Folio No.70 del Diecinueve (19) de Septiembre de 2025; consta de 38 alumnos, comienza con el nombre JHOAN NICOLAS AGUILAR GOMEZ y se Cierra con el nombre de DEISY PAOLA URIBE MORENO.

Firmada por EMERITA GALINDO RODRÍGUEZ (Directora) y ROSALBA BRIÑEZ CALDERON (Secretaria).

Dada en Espinal Tolima a los Diecinueve (19) días del mes de Septiembre de 2025

CENTECS
NIT: 65.893.386-1
ESPINAL - TOLIMA

centecs

EMERITA GALINDO RODRIGUEZ.
Directora

ROSALBA BRIÑEZ CALDERON
Secretaria

CENTECS

Centro Educativo Tolimense Especializado en Sistemas y Salud

Con Resolución de aprobación No. 0330 Emanada de la Secretaria de Educación y Cultura del Tolima

MENCION DE HONOR

A:

LAURA STELLA RUBIANO RAMIREZ

Identificado (a) con C.C 1.070.622.049 de Girardot-Cundinamarca

POR SU EXCELENTE RENDIMIENTO ACADEMICO

Dado en la ciudad de el Espinal Tolima a los diecinueve (19) días del mes de septiembre de 2025

Centro Educativo Tolimense Especializado En Sistemas Y Salud CENTECS NIT. 65.093.[illegible]-1 ESPINAL - TOLIMA

Directora

HOSPITAL SAN RAFAEL
DE EL ESPINAL ESE
Nit: 890701033-0

HOSPITAL SAN RAFAEL DE EL ESPINAL TOLIMA E.S.E
20250905-05929
Tip Radicado Salida - Hora 07:52
Dependencia: 100 DESARROLLO INSTI
Folios 1 - # Anexos 1
Radicado Por: JONATHAN H

LA SUSCRITA PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE TALENTO HUMANO (E)

HACE CONSTAR:

Que **LAURA STELLA RUBIANO RAMIREZ,** identificada con Cédula de Ciudadanía N° 1.070.622.049 de Girardot, Estudiante del programa Técnico Labora en Auxiliar de Enfermería de CENTECS, realizo sus prácticas formativas desde el día 18 de Julio de 2025 hasta el 27 de agosto de 2025 con un total de 420 horas.

Dado al interesado en el Espinal – Tolima a los cuatro (04) días del mes de septiembre de 2025.

Atentamente,

YOLIMA MURILLO ORTIZ
PU Talento Humano (e)

Vigilado Supersalud

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.070.622.049

Apellidos
RUBIANO RAMIREZ

Nombres
LAURA STELLA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.60	F

Fecha de nacimiento
26 JUL 1997

G.S.
B+

Lugar de nacimiento
ESPINAL (TOLIMA)

Fecha y lugar de expedición
04 AGO 2015, GIRARDOT

Firma
Laura St. Rubiano R.

Fecha de expiración
20 MAYO 2034

.CO

046821111

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL046821111215109<<<<<<<<<<
9707265F3405204COL1070622049<3
RUBIANO<RAMIREZ<<LAURA<STELLA<

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 141236654201

(415)7707212489984(8020) 000014123665420 1

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 7 0 6 2 2 0 4 9	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Cundinamarca 2 5	Girardot 3 0 7

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RUBIANO	RAMIREZ	LAURA	STELLA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal
VDA LA GUAUDITA SEC VEGAS LAS MARGARITAS

42. Correo electrónico laurastrubiano24@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso. Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre FLOREZ HINCAPIE CAROLINA

985. Cargo Gestor I

Fecha generación documento PDF: 23-02-2026 02:18:53PM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 292660947

PIB
09:26:02

Bogotá DC, 10 de marzo del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) LAURA STELLA RUBIANO RAMIREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1070622049:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 10 de marzo de 2026, a las 09:25:24, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1070622049
Código de Verificación	1070622049260310092524

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:24:32 AM horas del 10/03/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1070622049**
Apellidos y Nombres: **RUBIANO RAMIREZ LAURA STELLA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

DIJIN

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

Todos los derechos reservados.

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, 10/03/2026 09:26:52 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1070622049** y Nombre: **LAURA STELLA RUBIANO RAMIREZ.**

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. **136158608** . 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

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 09:29:35 horas del 10/03/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1070622049,** Apellidos y Nombres **RUBIANO RAMIREZ LAURA STELLA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **hospital santa rosa de lima suarez tolima** , con NIT **809005452-3** 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.

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1070622049 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 10/03/2026 09:41 AM

Código Verificación: **V6NSC128H5**

Válida hasta: **08/06/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

30121831

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps

No.Radicación: 232947

FECHA DE RADICACIÓN: 10 03 2026

Lea detenidamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRAMITE

1. TIPO DE TRAMITE — A. AFILIACIÓN: | B. REPORTE DE NOVEDADES: X
2. TIPO DE AFILIADO — A. Individual: | B. Cotizante o cabeza de familia: X | C. Beneficiario o afiliado adicional: | D. Colectivo: | E. Institucional: | F. De oficio:
3. MODALIDAD — A. Contributivo: X | B. Subsidiado:
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA — SI: | NO: X
5. TIPO DE AFILIADO — A. Cotizante: X | B. Cabeza de Familia: | C. Beneficiario: | D. Afiliado adicional:
6. TIPO DE PARTICIPANTE — A. Dependiente: | B. Independiente: X | C. Pensionado:
7. CÓDIGO: A1740

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: RUBIANO | SEGUNDO APELLIDO: RAMIREZ | PRIMER NOMBRE: LAURA | SEGUNDO NOMBRE: STELLA

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC | 10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1070632049 | 11. SEXO BIOLÓGICO: X | 12. SEXO AUTOIDENTIFICACIÓN: X | ¿Cuál?
13. NACIONALIDAD: COLOMBIA | 14. LUGAR DE NACIMIENTO: COLOMBIA | TOLIMA (DEPARTAMENTO) | ESPINAL (MUNICIPIO) | 15. FECHA NACIMIENTO: 26 07 1997

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. EDAD: 6 | 17. UNIDAD DE MEDIDA: | 18. ESCOLARIDAD: SI: | NO: X | 19. ESTUDIANTE DE EDUCACIÓN FORMAL: | 20. PERTENENCIA ÉTNICA: SI: | NO: X | 21. CLASIFICACIÓN SISBEN: | 22. GRUPO: | 23. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL: | 24. RH: POSITIVA
25. AFP: PORVENIR | 26. IBC: $1,750,905.00 | 27. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: $0.00 | 28. RESIDENCIA — DIRECCIÓN: VDA LA GUARDIA CS 2
TELÉFONO FIJO: | TELÉFONO CELULAR: 3153362856 | CORREO ELECTRÓNICO: laurastrubiano24@gmail.com | DEPARTAMENTO: TOLIMA
MUNICIPIO/DISTRITO: SUAREZ | LOCALIDAD/COMUNA: | ZONA: URBANA: X | RURAL: | 29. CPX: 2608

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR—Datos de identificación del beneficiario (Excepto el cotizante o cabeza de familia)

	31. APELLIDOS Y NOMBRES	32. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	33. NÚMERO DE IDENTIDAD	34. PARENTESCO	35. SEXO BIOLÓGICO	36. SEXO AUTOIDENTIFICACIÓN	37. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	38. FECHA NACIMIENTO: DÍA	MES	AÑO
31												
32												
33												
34												
35												

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

	39. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	40. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	41. NÚMERO DE IDENTIDAD	42. PARENTESCO	43. SEXO BIOLÓGICO	44. SEXO AUTOIDENTIFICACIÓN	45. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	46. FECHA DE NACIMIENTO: DÍA	MES	AÑO
36												
37												
38												
39												
40												

Datos complementarios del Beneficiario

	47. PARENTESCO	48. PAÍS	49. DISCAPACIDAD	50. PERTENENCIA ÉTNICA	51. Datos de residencia	ZONA
41						
42						
43						
44						
45						

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	53. RH	DIRECCIÓN	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO	54. EPS	55. CÓDIGO EPS
41							
42							
43							
44							
45							

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

56. Nombre o razón social | 57. Tipo documento de identificación | 58. Número del documento de identificación | 59. Tipo de aportante | Código
60. Dirección | TELÉFONO FIJO Y CELULAR | CORREO ELECTRÓNICO | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO

B. REPORTE DE NOVEDADES

61. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS
5. TERMINACIÓN DE LA SUSPENSIÓN DE LA EPS Código: ____
6. REPORTE DE PAGO A TERCERO DE UN TRÁMITE Código: ____
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES

9. UNIDAD DE PAGO POR CAPACIDAD DE PAGO Y/O COMPENSACIÓN PARA COTIZAR: X
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO
11. RECONOCIMIENTO ACTIVIDAD ALTO RIESGO TRABAJADORES DOMÉSTICOS
12. VERIFICACIÓN A CARGO ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS
13. CERTIFICADO MOVILIDAD A OTRA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS
14. MOVILIDAD
61.1 EL NUEVO COTIZANTE
61.2 EL NUEVO BENEFICIARIO

15. CAUSA MORA
A) MORA INVOLUNTARIA
B) DIFERENTE A LA ANTERIOR
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE
18. REPORTE DE LA CAUSAL DE PREEXISTENCIA
19. REPORTE DE LA CAUSAL DE PREEXISTENCIA
20. RADICADO A CONTRATACIÓN SOLIDARIA
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

62. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 63. SEXO BIOLÓGICO | 63. SEXO AUTOIDENTIFICACIÓN | ¿Cuál?
64. FECHA NACIMIENTO | 65. EPS ANTERIOR | 66. FECHA DE NOVEDAD: 10 03 2026 | 67. MOTIVO DE TRASLADO | Código | 68. TIPO DE CONTRIBUCIÓN PARA EL PAGO DE APORTES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. Declaro bajo la gravedad de juramento que ellos(as) dependen económicamente de mí. SÍ
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. NO
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad. NO
72. Declaración de no intermediación del colectivo cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud. NO
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. SÍ
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación y del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por ley lo requieran. SÍ
75. Autorizo para que la EPS me realice el cruce de los datos personales del cotizante o cabeza de familia o de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. SÍ
76. Autorizo mi consentimiento expreso para que Nueva EPS adelantes comunicación a través de SMS, Correo, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, Whatsapp y otros medios, para recibir mensajes informativos. SÍ
Autorizo para que la EPS no consulte con Data colaborar información sobre la protección de servicios de salud dentro de los límites legales, incluso si estoy registrado en el "Registro de Moroso Cumplido" (RMC). NO
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. SÍ
78. Autorización de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según lo estipulado del Sistema Agente. SÍ

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de autorizarse la fraccionamiento del valores de forma mensual se generará de los grupos familiar que hará cargo del pago de la Contribución Solidaria.

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

80. FIRMAS
80.1) [signature] Firma del cotizante o afiliado adicional | 81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

IX. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad: | Total:
83. Copia del acuerdo de reagrupación permanente emitido por la autoridad competente.
84. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
85. Copia de la sentencia judicial o sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y sentencia judicial, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
87. Copia de la tutela judicial o del acto administrativo de custodia.
88. Encontrarse en una unión marital de hecho declarada o el certificado de ubicación de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.4 del Decreto 780 de 2016.
90. Certificación de movilidad a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en las que conste la calidad de beneficiario o su orden de afiliación de oficio.
Total Anexos:

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

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL: Código del Municipio: | Código del departamento: | 93. NOMBRE DE LA: Administradora

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

94. APELLIDOS Y NOMBRES
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 96. FIRMA DEL FUNCIONARIO | 97. FECHA DE RADICACIÓN: DÍA | MES | AÑO | 97. FECHA DE RADICACIÓN: DÍA | MES | AÑO
OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

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

Yo, LAURA STELLA RUBIANO RAMIREZ identificado (a) con RC | TI | CE | CC | PA | PE | AS

número 1070622049 de ESPINAL, certifico que:

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

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. 3153292066

y/o correo electrónico: lauramtrabianoc24@gmail.com

SI ☐ NO ☐

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

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

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

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

No. _____ desde el día _____ del año _____

Cordialmente,

Firma:

Tipo ID: CC No. ID: 1070622049

Fecha de Solicitud: 18/03/2026

Dirección: KRA LA GLADIETA CS 2

Tel: 3153292066 Municipio: RUAREZ

Departamento: TOLIMA

Huella

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

Firma:

Tipo ID: _____ No. ID: _____

Fecha (dd/mm/aaaa): _____

Dirección: _____

Tel: _____ Municipio: _____

Departamento: _____

Huella

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

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1999, a NUEVA EPS S.A. para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service-, correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.

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

Aviso de privacidad

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

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

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

Sitio web: www.nuevaeps.co

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

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

Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
Conmutador: **(601) 419 3000**
Dirección Administrativa: Carrera 80k No. 46A – 66 Piso 2

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

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

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	PORTE VIVIENDA PACIFICO	SI		PRODUCTOR AGROPECUARIO	SI	
INDEPENDIENTE	POSITIVA	PORVENIR	1.750905		NO	X		NO	X

Nivel de Escolaridad										Posición Ocupacional	Patrón/Empleador		Contratista	X	Trabaja por su Cuenta	
	Ninguno		Secundaria	X	Normalista		Profesional		Doctorado							
	Preescolar		Básica académica o clases bachillerato básico		Técnica Profesional		Especialización		Otros Estudios	Inicio Contrato	18/03/2026		Fin Contrato			
	Básica Primaria		Básica media (bachillerato básico)		Tecnológica		Maestría		Aprendiz							

SEÑOR USUARIO: TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA, RECUERDE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DECIDA NO CONTINUAR CON LOS SERVICIOS DE SALUD. EL INCUMPLIMIENTO LE GENERARÁ MORA. LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA. DECRETO 806 ART. 27 DE 1998 Y ART. 38 DECRETO 1406 DE 1999.

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

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR	CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR	Nombre de OFICINA	
Maria Barrios Botacha	A1748		DIA/MES/AÑO

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

LAURA STELLA RUBIANO RAMIREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.070.622.049**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 10 de Marzo del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

GOBERNACION DEL TOLIMA
Secretaria De Salud Del Tolima

RESOLUCION N° 000461

"Por la cual se Registra un título y se concede autorización para ejercer como"
TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERIA.

SECRETARIA DE SALUD DEL TOLIMA
En uso de la facultad concedida por los Decretos N° 1875 de Agosto 3 de 1994 y 1352 de 2000, del Ministerio de Salud y

CONSIDERANDO

Que LAURA STELLA RUBIANO RAMIREZ, identificado (a) con Cedula de Ciudadania N° 1070622049, ha solicitado el registro del certificado de Aptitud Ocupacional como TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERIA., según diploma N° 30 de fecha 2025-09-19 otorgado por CENTRO EDUCATIVO TOLIMENSE ESPECIALIZADO EN SISTEMAS Y SALUD "CENTECS" y acta de grado N° 63.

Que dicho Certificado de Aptitud Ocupacional, no requiere registro de la Secretaria de Educación, de conformidad con la directriz trazada en la circular N° 030 del 11 de mayo de 1984.

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Registrar el Certificado de Aptitud Ocupacional como TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERIA. a LAURA STELLA RUBIANO RAMIREZ identificado (a) con Cedula de Ciudadania N° 1070622049, titulo otorgado por CENTRO EDUCATIVO TOLIMENSE ESPECIALIZADO EN SISTEMAS Y SALUD "CENTECS", según acta de grado N° 63 del 2025-09-19.

ARTICULO SEGUNDO: Este registro tiene validez en todo el territorio Nacional y tiene efectos de inscripción para laborar en el Departamento del Tolima.

ARTICULO TERCERO: NOTIFICAR a LAURA STELLA RUBIANO RAMIREZ, el contenido de la presente resolución, en los términos del artículo 67 y s.s del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

ARTICULO CUARTO: Contra la presente resolución procede el recurso de reposición ante la Secretaria de Salud del Tolima y el de apelación ante la Gobernadora del Tolima dentro de los 10 días siguientes a la fecha de notificación.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE 16 FEB 2026

INGRID KATHERINE RENGIFO HERNANDEZ
Secretaria De Salud Del Tolima

Proyectó: Martha Dolly Montoya Téllez T.O. Dirección de Desarrollo De Servicios y Calidad de la Prestación. - Revisó:Alison Amaya reyes - Directora de Desarrollo de servicios y Calidad de la Prestación - Revisó: Erick Muñoz. Abogado contratista SST

Banco Agrario de Colombia
El Banco que hace crecer el compo

Nit : 800.037.800-8

CERTIFICACION

El Banco Agrario de Colombia, certifica que: RUBIANO RAMIREZ LAURA STELLA, identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA No. 1070622049, se encuentra vinculado(a) con nuestra entidad en el producto de: AHO - CUENTAS AHORROS, número 4-665-70-04162-1, con una antigüedad de (0) año(s).

Se expide en SUAREZ, a los nueve (09) días del mes de marzo de 2026, con destino a: QUIEN LE INTERESE

DIRECTOR (A) OFICINA

Banco Agrario de Colombia
Of. Suarez - Tolima
PLT 01 09 MAR. 2026 6657
PROCESADO

Salud Ocupacional
Mahecha & Romero
Mahecha y Romero Limitada

Codigo prestador de servicios de salud 73268-0200501 SST
Licencia en salud ocupacional Res. No. 3104/2021 SST
Nit. 900.294.587-7

Nombre: RUBIANO RAMIREZ LAURA STELLA
Identificación: CC - 1070622049
Fecha atención: 24/02/2026

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL - CODIGO VERIFICACION QSDFG-HJKLÑ-ZXCVB-NMQW2-E

Empresa: INDEPENDIENTE
Actividad económica: salud
Cargo: PROMOTORA DE SALUD
Tipo de valoración: Ingreso

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL:

* PUEDE DESEMPEÑAR LAS FUNCIONES O TAREAS DEL CARGO.

VALORACIONES O PRUEBAS COMPLEMENTARIAS REALIZADAS
Examen médico ocupacional orientado al riesgo osteomuscular.

RECOMENDACIONES LABORALES:
* Se recomienda realizar pruebas complementarios de acuerdo a los riesgos y requerimiento el cargo: optometria (visión), audiometria (audición), espirometria (función pulmonar), examenes complementarios para tareas de alto riesgo
* Usar equipos de protección personal de acuerdo a los riesgos o peligros de las tareas que desempeñe
* Capacitación, inducción o re inducción para la ejecución segura de sus tareas y prevenir la aparición de desórdenes musculo esqueléticos de miembros superiores y espalda.
* Medidas ergonómicas adecuadas para su puesto de trabajo, higiene postural, pausas activas.
* Realizar vigilancia epidemiologia de acuerdo a los riesgos y/o criterios de inclusión de los PVE que tengan implementados en la empresa.
* Clasificacion para el PVE BIOMECANICO: NO CASO (clasificado con la informacion disponible y los hallazgos del examen fisico)

RECOMENDACIONES MEDICAS Y/O TERAPEUTICAS
* Requiere valoración por nutrición de su EPS para control peso corporal
* Hábitos de vida saludable, actividad fisica frecuente.
* Mantener las medidas de bioseguridad y autocuidado, lavado de manos frecuente
* Asisitir a las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de su EPS
* Tomar medidas de prevención de las enfermedades trasmitidas por vectores (zancudos) endémicas en la región (dengue, virus del chikungunya, fiebre zika).

VIGILADO Supersalud

María Cristina Escobar Corredor
CC. 51823512
Medico Especialista en Salud Ocupacional
Registro Medico 11 03659 1944

Laura St Rubiano R.

Medico: MARIA CRISTINA ESCOBAR CORREDOR R.M. No.339/2014

Firma del trabajador
C.C. No. 1070622049.

ALCANCE: El presente concepto de aptitud laboral se emite con base en los hallazgos encontrados en la valoración médica ocupacional realizada el dia de hoy; con la información aportada por la empresa contratante y el aspirante o trabajador.
La validez del certificado se pierde en el momento en que las condiciones de salud del aspirante cambien, en cuyo caso se requerirá una nueva valoración.
El examen fisico no descarta patologia visual ni auditiva; para esto se requieren exámenes complementarios.
Este concepto no incluye aptitud para trabajo en alturas, espacios confinados, conducción, operación de vehiculos o maquinaria, porte de armas; ya que se requieren exámenes paraclinicos complementarios.

Si desea verificar la autenticidad de este concepto pongase en contacto con nosotros y cite éste código: QSDFG-HJKLÑ-ZXCVB-NMQW2-E

Escritorio

Última Actualización

OPORTUNIDADES RECIENTES

No se han encontrado

ÚLTIMAS OFERTAS

No se han encontrado

0	0	0	0	0	0
Suscripciones	En edición	Adjudicaciones pendientes	Invitaciones directas	Nuevos informes	Mensajes

Sugerencias SECOP

El Servicio de proveedor ya se encuentra disponible.
Haga clic aquí para activarlo. Después de la activación la disponibilidad del servicio podrá tardar hasta 10 minutos.

Ya está asociado a una empresa
Si es necesario, para solicitar acceso a otra empresa, puede ir a 'Configuraciones del Usuario » Mis registros'.

Mensaje Todos

Sin mensajes...
Más información .

Oportun Recibidas

Sin oportunidades
Más información .

LIFECARE SERVICE

Comprometidos con sus necesidades

12214

HACE CONSTAR QUE:

LAURA STELLA RUBIANO RAMIREZ

C.C 1.070.622.049 DE GIRARDOT (CUNDINAMARCA)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES EN EL CURSO TALLER DE

HUMANIZACIÓN EN EL SERVICIO DE LA SALUD

Realizado los días 02 AL 03 de FEBRERO de 2026, con una intensidad de 20 horas.
Certificación vigente hasta el día 03 de FEBRERO del año 2028

DADO EN SUAREZ (TOLIMA) A LOS 03 DÍAS FEBRERO DE 2026

CESAR GERMÁN CASTAÑEDA
GERENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.
VIGILADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

Sede Neiva, Cll. 18a No. 8a – 29 Segundo Piso, Campo Nuñez
Cel. 318 505 4810 - 3187282302 - Ofic. 608 867 6342

Sede Chaparral
Cel. 3124763736

lifecareservice.ac@gmail.com
certificadoslife.2023@gmail.com

LIFECARE SERVICE

Comprometidos con sus necesidades

12215

HACE CONSTAR QUE:

LAURA STELLA RUBIANO RAMIREZ

C.C 1.070.622.049 DE GIRARDOT (CUNDINAMARCA)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES EN EL CURSO TALLER DE

SOPORTE VITAL BÁSICO (BLS)

Realizado los días 04 AL 05 de FEBRERO de 2026, con una intensidad de 20 horas.
Certificación vigente hasta el día 05 de FEBRERO del año 2028

DADO EN SUAREZ (TOLIMA) A LOS 05 DÍAS FEBRERO DE 2026

CESAR GERMÁN CASTAÑEDA
GERENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.
VIGILADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

Sede Neiva, Cll. 18a No. 8a – 29 Segundo Piso, Campo Nuñez
Cel. 318 505 4810 - 3187282302 - Ofic. 608 867 6342

Sede Chaparral
Cel. 3124763736

lifecareservice.ac@gmail.com
certificadoslife.2023@gmail.com

LIFECARE
SERVICE

Comprometidos con sus necesidades

12216

HACE CONSTAR QUE:

LAURA STELLA RUBIANO RAMIREZ

C.C 1.070.622.049 DE GIRARDOT (CUNDINAMARCA)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES EN EL CURSO TALLER DE

TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO

Realizado los días 06 AL 07 de FEBRERO de 2026, con una intensidad de 20 horas.
Certificación vigente hasta el día 07 de FEBRERO del año 2028

DADO EN SUAREZ (TOLIMA) A LOS 07 DÍAS FEBRERO DE 2026

CESAR GERMÁN CASTAÑEDA
GERENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.
VIGILADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

Sede Neiva, Cll. 18a No. 8a – 29 Segundo Piso, Campo Nuñez
Cel. 318 505 4810 - 3187282302 - Ofic. 608 867 6342

Sede Chaparral
Cel. 3124763736

lifecareservice.ac@gmail.com
certificadoslife.2023@gmail.com

LIFECARE SERVICE

Comprometidos con sus necesidades

12217

HACE CONSTAR QUE:

LAURA STELLA RUBIANO RAMIREZ

C.C 1.070.622.049 DE GIRARDOT (CUNDINAMARCA)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES EN EL CURSO TALLER DE

ADMINISTRACIÓN EN MEDICAMENTOS

Realizado los días 08 AL 09 de FEBRERO de 2026, con una intensidad de 20 horas.
Certificación vigente hasta el día 09 de FEBRERO del año 2028

DADO EN SUAREZ (TOLIMA) A LOS 09 DÍAS FEBRERO DE 2026

CESAR GERMÁN CASTAÑEDA
GERENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.
VIGILADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

Sede Neiva, Cll. 18a No. 8a – 29 Segundo Piso, Campo Nuñez
Cel. 318 505 4810 - 3187282302 - Ofic. 608 867 6342

Sede Chaparral
Cel. 3124763736

lifecareservice.ac@gmail.com
certificadoslife.2023@gmail.com

LIFECARE SERVICE

Comprometidos con sus necesidades

12218

HACE CONSTAR QUE:

LAURA STELLA RUBIANO RAMIREZ

C.C 1.070.622.049 DE GIRARDOT (CUNDINAMARCA)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES EN EL CURSO TALLER DE

ATENCIÓN A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Realizado los días 10 AL 11 de FEBRERO de 2026, con una intensidad de 20 horas.
Certificación vigente hasta el día 11 de FEBRERO del año 2028

DADO EN SUAREZ (TOLIMA) A LOS 11 DÍAS FEBRERO DE 2026

CESAR GERMÁN CASTAÑEDA
GERENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.
VIGILADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

Sede Neiva, Cll. 18a No. 8a – 29 Segundo Piso, Campo Nuñez
Cel. 318 505 4810 - 3187282302 - Ofic. 608 867 6342

Sede Chaparral
Cel. 3124763736

lifecareservice.ac@gmail.com
certificadoslife.2023@gmail.com

LIFECARE
SERVICE

Comprometidos con sus necesidades

12219

HACE CONSTAR QUE:

LAURA STELLA RUBIANO RAMIREZ

C.C 1.070.622.049 DE GIRARDOT (CUNDINAMARCA)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES EN EL CURSO TALLER DE

MANEJO Y GESTIÓN DEL DUELO

Realizado los días 12 AL 13 de FEBRERO de 2026, con una intensidad de 20 horas.
Certificación vigente hasta el día 13 de FEBRERO del año 2028

DADO EN SUAREZ (TOLIMA) A LOS 13 DÍAS FEBRERO DE 2026

CESAR GERMÁN CASTAÑEDA
GERENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.
VIGILADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

Sede Neiva, Cll. 18a No. 8a – 29 Segundo Piso, Campo Nuñez
Cel. 318 505 4810 - 3187282302 - Ofic. 608 867 6342

Sede Chaparral
Cel. 3124763736

lifecareservice.ac@gmail.com
certificadoslife.2023@gmail.com

SISPRO - Aplicativos Misionales

Menú

Iniciar Sesión | Registrarse

ReTHUS

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

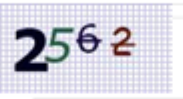
Tipo de Identificación *: Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *: 1070622049

Primer Nombre: Laura

Primer Apellido: Rubiano

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

7382

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2026-03-09→11:43:35 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1070622049	LAURA	STELLA	RUBIANO	RAMIREZ	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) LAURA STELLA RUBIANO RAMIREZ identificado(a) con CC 1070622049 registra La siguiente información:

2026-03-09→11:43:35 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERIA	2026-02-16	461	GOBERNACION DEL TOLIMA

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).

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: dd13eb5-caff-4959-a80c-114012c2687

Nombres y apellidos / Full name: **LAURA STELLA RUBIANO RAMIREZ**

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

Número de identificación / ID Number: **1070622049**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **26/07/1997**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **0**

Correo electrónico / e-mail: **vacunacion@gmail.com**

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Día / Day	Mes / Month	Año / Year				
TD Adulto	Primera	25	02	2016			SUAREZ ESE HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA	
TD Adulto	Segunda	23	02	2018			SUAREZ ESE HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA	JENNY CAROL BARRIOS
Fiebre Amarilla	Única	23	02	2018			SUAREZ ESE HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA	JENNY CAROL BARRIOS
TdaP Acelular Gestante	Anual	28	01	2020			SUAREZ ESE HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA	ELIZABETH RODRIGUEZ RODRIGUEZ
COVID JANSSEN	Única	10	07	2021	Janssen	212A21A	SUAREZ ESE HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA	DIANA MONROY CAMACHO
COVID MODERNA	Primer Refuerzo	18	01	2022	MODERNA SWITZERLAND GMBH	015F21A	SUAREZ ESE HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA	ANA GABRIELA LABRADOR CALDERON
COVID MODERNA	Segundo Refuerzo	15	11	2022	MODERNA SWITZERLAND GMBH	069B22A	SUAREZ ESE HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA	LUZ MERY CANDIA BOTACHE
Fiebre Amarilla	Única	10	01	2024	Bio-Manguinhos/FIOCRUZ	228VFC039Z	SUAREZ ESE HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA	LUZ MERY CANDIA BOTACHE
TD Adulto	Tercera	12	01	2024	Serum	2333Q012B	SUAREZ ESE HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA	LUZ MERY CANDIA BOTACHE
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	27	07	2024	Green Cross	V50524003	ESPINAL ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	SANDRA GALINDO
TD Adulto	Cuarta	17	01	2025	Serum	2333L021C	SUAREZ ESE HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA	LUZ MERY CANDIA BOTACHE - CC1110263113 - ACTIVO

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

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

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

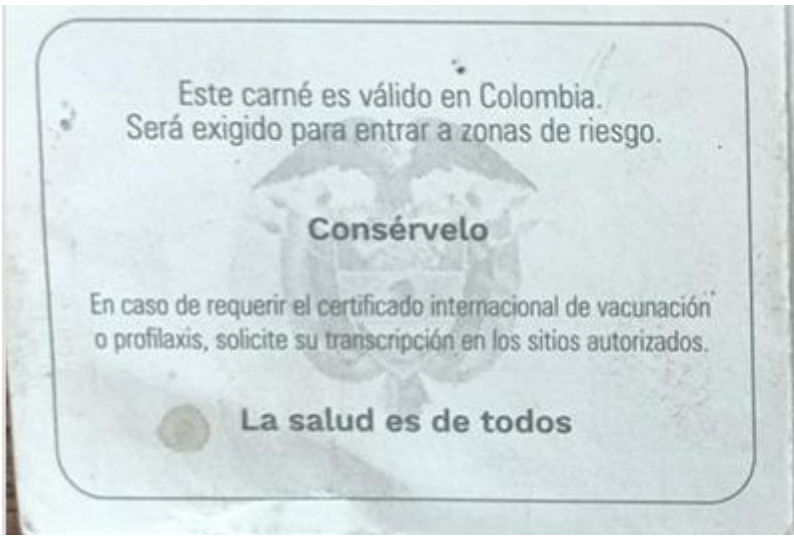
El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

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

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

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

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



Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

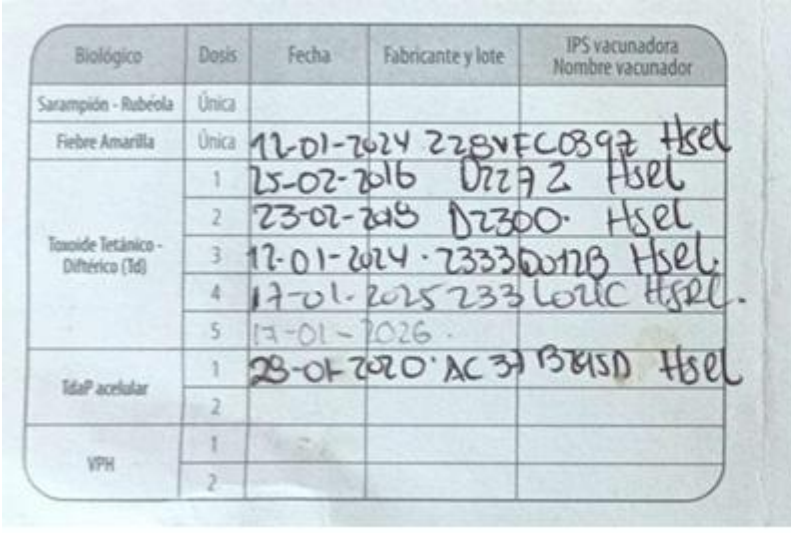
Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Laura Stella.

Apellidos: Rubiano Ramirez.

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1070622049

Fecha de nacimiento: Día 26 Mes 07 Año 1997.



Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única	12-01-2024 228VFC0897		Hsel
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	25-02-2016 D2272		Hsel
	2	23-02-2018 D2300.		Hsel
	3	12-01-2024 · 233300128		Hsel.
	4	17-01-2025 233L021C		HSEL.
	5	12-01-2026.		
TdaP acelular	1	28-01-2020 AC37 B415D		Hsel
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1	19/01/24	2205001230	Hzeth.
	2	21/02/24	2205001230	Hzeth.
	3	21/08/24	2205012230	Sanra
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual			
Otras	varicela 1	18/09/24	X027167	Sanra
	VARICELA 2	18/03/25	4011871	Hzeth.