

Heliconia, 05 de enero de 2026

Señor

**CARLOS ENRIQUE TORRES MARÍN** Gerente ESE.

Municipio de Heliconia – Antioquia.

**ASUNTO:** Propuesta para prestar los servicios de apoyo en las funciones administrativas de la E.S.E Hospital San Rafael de Heliconia-Antioquia.

Cordial saludo:

Someto a su consideración la siguiente propuesta frente al asunto de la referencia.

Para el desarrollo de las actividades propuestas en los estudios previos, propongo toda mi disposición de tiempo y espacio.

Estimo el Valor de la propuesta en **DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/L (\$2.500.000) HONORARIOS MES**. La forma de pago de estos servicios será de conformidad con las condiciones que tenga establecida la ESE Hospital San Rafael del Municipio de Heliconia y expuestas en los estudios previos.

Manifiesto bajo la gravedad de juramento que no me encuentro incurso en causal de inhabilidad, incompatibilidad o prohibición para prestar el servicio.

Quedo a la espera de su respuesta.

Cordialmente,

**CLARIBET VASQUEZ ALVAREZ**

**CC. 1.017.126.089**

*Claribet Vasquez Alvarez.*

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Clambet Vasquez Alvarez

IDENTIFICADO CON: C.C.X C.E T.I. N° 1017126089 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia Departamento Antioquia Municipio Heliconia

Dirección Barrio Ceferino Teléfonos 3045980050

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS                    | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO   |
|----------------------------------------|------------------------|--------------|
| <u>Gloria Cenelia Alvarez Restrepo</u> | <u>21.791.052</u>      | <u>Madre</u> |
| <u>Argiro Antonio Vasquez Toro</u>     | <u>15.262.262</u>      | <u>Padre</u> |
| <u>Israel Herrera Vasquez</u>          | <u>1234993028</u>      | <u>Hijo</u>  |
|                                        |                        |              |
|                                        |                        |              |
|                                        |                        |              |
|                                        |                        |              |

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

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

| CONCEPTO                            | VALOR                       |
|-------------------------------------|-----------------------------|
| SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES | <u>17.500.000</u>           |
| CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS  | -                           |
| GASTOS DE REPRESENTACIÓN            | -                           |
| ARRIENDOS                           | -                           |
| HONORARIOS                          | -                           |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS             | -                           |
| <b>TOTAL</b>                        | <b>\$ <u>17.500.000</u></b> |

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

| ENTIDAD FINANCIERA | TIPO DE CUENTA | NÚMERO DE LA CUENTA | SEDE DE LA CUENTA | SALDO DE LA CUENTA |
|--------------------|----------------|---------------------|-------------------|--------------------|
| <u>Bancolombia</u> | <u>Ahorros</u> | <u>0160000036</u>   | <u>Medellin</u>   | <u>250.000</u>     |
| <u>Nequi</u>       | <u>Ahorros</u> | <u>3045980050</u>   | <u>Heliconia</u>  | <u>30.000</u>      |
|                    |                |                     |                   |                    |
|                    |                |                     |                   |                    |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACIÓN 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 |
|------------------------------------|------------------|
|                                    |                  |
|                                    |                  |
|                                    |                  |
|                                    |                  |

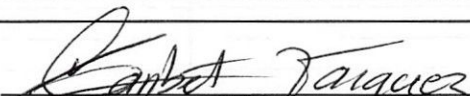
c) En la actualidad: ☒ SI ☐ NO tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

|                                 |                                                                                                      |            |
|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION                                                                          | Nº         |
| Johan Alexis Herrera Bedoya     | C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> | 1128462648 |

**2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA**

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

| DETALLE DE LAS ACTIVIDADES | FORMA DE PARTICIPACION |
|----------------------------|------------------------|
|                            |                        |
|                            |                        |
|                            |                        |
|                            |                        |
|                            |                        |

**3. FIRMA**  
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA10/7/2014  
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

Tipo de declaración  Fecha de publicación

|                               |                |                 |                  |
|-------------------------------|----------------|-----------------|------------------|
| Nombres y apellidos completos |                |                 |                  |
| Primer nombre                 | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
| CLARIBET                      |                | VASQUEZ         | ALVAREZ          |

|                                                        |                                                |
|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| Documento de identificación                            |                                                |
| Tipo <input type="text" value="CEDULA DE CIUDADANIA"/> | Número <input type="text" value="1017126089"/> |

|                                            |                                                     |                                                  |  |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--|
| Lugar de nacimiento                        |                                                     |                                                  |  |
| País <input type="text" value="COLOMBIA"/> | Departamento <input type="text" value="ANTIOQUIA"/> | Municipio <input type="text" value="HELICONIA"/> |  |

|                                            |                                                     |                                                  |  |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--|
| Lugar de domicilio                         |                                                     |                                                  |  |
| País <input type="text" value="COLOMBIA"/> | Departamento <input type="text" value="ANTIOQUIA"/> | Municipio <input type="text" value="HELICONIA"/> |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                    |                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje | <input type="text" value="HOSPITAL SAN RAFAEL -HELICONIA"/>        |                                                  |
| Lugar de sede                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                    |                                                  |
| País <input type="text" value="COLOMBIA"/>                                                                                                                                                                                                           | Departamento <input type="text" value="ANTIOQUIA"/>                | Municipio <input type="text" value="HELICONIA"/> |
| Dirección                                                                                                                                                                                                                                            | <input -="" 20="" 21"]"="" 22b="" calle="" type="text" value="["/> |                                                  |
| Cargo o función que cumple                                                                                                                                                                                                                           | <input type="text" value="CONTRATISTA"/>                           |                                                  |

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

### 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

#### 1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACRENCIAS

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

| CONCEPTO                            | VALOR             |
|-------------------------------------|-------------------|
| Salarios y demás ingresos laborales | 17.500.000        |
| Cesantías e intereses de cesantías  |                   |
| Gastos de representación            |                   |
| Arriendos                           |                   |
| Honorarios                          |                   |
| Otros ingresos y rentas             |                   |
| TOTAL                               | 17.500.000 \$0,00 |

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

| Tipo de cuenta | Sede de la cuenta (País) | Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior |
|----------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Bancolombia    | Medellín - Colombia      | 250.000                                                                 |
| Negui          | Heliconia - Colombia     | 30.000                                                                  |
|                |                          |                                                                         |
|                |                          |                                                                         |

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| Tipo de bien | País | Departamento | Municipio | Valor |
|--------------|------|--------------|-----------|-------|
|              |      |              |           |       |
|              |      |              |           |       |
|              |      |              |           |       |
|              |      |              |           |       |

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| Concepto | Saldo |
|----------|-------|
|          |       |
|          |       |
|          |       |
|          |       |

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos:      Sí ☐      No ☒

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

| Nombre entidad o institución | Órgano | Calidad de miembro | País |
|------------------------------|--------|--------------------|------|
|                              |        |                    |      |
|                              |        |                    |      |
|                              |        |                    |      |
|                              |        |                    |      |

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí ☐ No ☒

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

| Nombre corporación, sociedad o asociación | Tipo | Calidad de socio | País |
|-------------------------------------------|------|------------------|------|
|                                           |      |                  |      |
|                                           |      |                  |      |
|                                           |      |                  |      |
|                                           |      |                  |      |

### 1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí ☐ No ☒

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

| Detalle de las actividades | Forma participación |
|----------------------------|---------------------|
|                            |                     |
|                            |                     |
|                            |                     |
|                            |                     |

## 2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

### 2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí ☐ No ☒

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

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---------------|----------------|-----------------|------------------|
| Johan         | Alexis         | Herrera         | Bedoya           |

Tipo documento  Número

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño:

SíNo

X

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

SíNo

X

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior:

SíNo

X

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

| Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario | Calidad | Valor | País |
|---------------------------------------------|---------|-------|------|
|                                             |         |       |      |
|                                             |         |       |      |
|                                             |         |       |      |
|                                             |         |       |      |

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior:      Sí ☐      No ☒

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

| Tipo de inversión | Valor | País |
|-------------------|-------|------|
|                   |       |      |
|                   |       |      |
|                   |       |      |
|                   |       |      |

## 2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones:      Sí ☐      No ☒

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

| Nombre entidad | Valor |
|----------------|-------|
|                |       |
|                |       |
|                |       |
|                |       |

## 2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés:      Sí ☐      No ☒

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:

- > Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
- > Establecimientos que posee.
- > Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
- > Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                                                  |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRIMER APELLIDO<br><u>Vasquez</u>                                                                                                                                | SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA )<br><u>Alvarez</u>                 | NOMBRES<br><u>Claribel</u>                                                                                                                                                                                            |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C <input checked="" type="radio"/> C.E <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. <u>10A126089</u>                     | SEXO<br>F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> | NACIONALIDAD<br>COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>                                                                                                                                |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NÚMERO _____ D.M. _____                                               |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                       |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA DÍA <u>15</u> MES <u>01</u> AÑO <u>2004</u><br>PAÍS <u>Colombia</u><br>DEPTO <u>Antioquia</u><br>MUNICIPIO <u>Heliconia</u> |                                                                    | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br><u>Ceferino parte Alta</u><br>PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Antioquia</u><br>MUNICIPIO <u>Heliconia</u><br>TELÉFONO <u>3045980050</u> EMAIL <u>vasquezalvarezclaribeth1@gmail.com</u> |

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                         |          |     |                                          |     |     |        |             |      |                            |   |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|----------|-----|------------------------------------------|-----|-----|--------|-------------|------|----------------------------|---|----|
| EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA<br>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: <u>Bachiller</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                         |          |     |                                          |     |     |        |             |      |                            |   |    |
| FECHA DE GRADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                         |          |     |                                          |     |     |        |             |      |                            |   |    |
| MES <u>12</u> AÑO <u>2021</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                         |          |     |                                          |     |     |        |             |      |                            |   |    |
| EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)<br>DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:<br>TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),<br>ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRÍA O MAGISTER), DOC (DOCTORADO O PHD),<br>RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA 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  |                            |   |    |
| TC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 2                       | X        |     | Tecnico En Auxiliar de Enfermeria        |     |     |        | 06          | 2024 |                            |   |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                         |          |     |                                          |     |     |        |             |      |                            |   |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                         |          |     |                                          |     |     |        |             |      |                            |   |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                         |          |     |                                          |     |     |        |             |      |                            |   |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                         |          |     |                                          |     |     |        |             |      |                            |   |    |
| ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)                                                                                                                                                                                                                                                                               |                         |          |     |                                          |     |     |        |             |      |                            |   |    |
| IDIOMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                         |          |     | LO HABLA                                 |     |     | LO LEE |             |      | LO ESCRIBE                 |   |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                         |          |     | R                                        | B   | MB  | R      | B           | MB   | R                          | B | MB |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                         |          |     |                                          |     |     |        |             |      |                            |   |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                         |          |     |                                          |     |     |        |             |      |                            |   |    |

# 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 ESTRUCTURA DE ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL. |                        |                               |          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------------------|----------|
| EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE                                                                                           |                        |                               |          |
| EMPRESA O ENTIDAD                                                                                                          | PÚBLICA                | PRIVADA                       | PAÍS     |
| ES: Hospital San Rafael Heliconia                                                                                          | X                      |                               | Colombia |
| DEPARTAMENTO                                                                                                               | MUNICIPIO              | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD    |          |
| Antioquia                                                                                                                  | Heliconia              | hospitalheliconia01@gmail.com |          |
| TELÉFONOS                                                                                                                  | FECHA DE INGRESO       | FECHA DE RETIRO               |          |
|                                                                                                                            | DÍA 27 MES 05 AÑO 2025 | DÍA 31 MES 12 AÑO 2025        |          |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL                                                                                                    | DEPENDENCIA            | DIRECCIÓN                     |          |
| Auxiliar de enfermería                                                                                                     | Asistencial            | Hospital San Rafael Heliconia |          |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                                                                 |                        |                               |          |
| EMPRESA O ENTIDAD                                                                                                          | PÚBLICA                | PRIVADA                       | PAÍS     |
| Laboratorio SONEUR                                                                                                         | X                      | X                             | Colombia |
| DEPARTAMENTO                                                                                                               | MUNICIPIO              | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD    |          |
| Antioquia                                                                                                                  | Medellin               |                               |          |
| TELÉFONOS                                                                                                                  | FECHA DE INGRESO       | FECHA DE RETIRO               |          |
| 3147635546                                                                                                                 | DÍA MES AÑO 2024       | DÍA MES AÑO 2024              |          |
| CARGO O CONTRATO                                                                                                           | DEPENDENCIA            | DIRECCIÓN                     |          |
| Auxiliar de enfermería                                                                                                     | Asistencial            | Clinica SONER                 |          |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                                                                 |                        |                               |          |
| EMPRESA O ENTIDAD                                                                                                          | PÚBLICA                | PRIVADA                       | PAÍS     |
|                                                                                                                            |                        |                               |          |
| DEPARTAMENTO                                                                                                               | MUNICIPIO              | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD    |          |
|                                                                                                                            |                        |                               |          |
| TELÉFONOS                                                                                                                  | FECHA DE INGRESO       | FECHA DE RETIRO               |          |
|                                                                                                                            | DÍA MES AÑO            | 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       | FECHA DE RETIRO               |          |
|                                                                                                                            | DÍA MES AÑO            | 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.

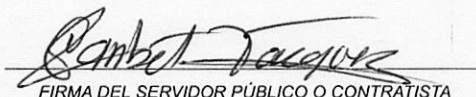
| OCUPACIÓN                   | TIEMPO DE EXPERIENCIA |       |
|-----------------------------|-----------------------|-------|
|                             | AÑOS                  | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO            |                       | 7     |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO |                       | 4     |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE    |                       |       |
| TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA    |                       | 11    |

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 06 de enero del 2025

  
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.017.126.089

VASQUEZ ALVAREZ

APELLIDOS

CLARIBET

NOMBRES

Claribet Vasquez

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-ENE-2004

MEDELLIN  
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

ESTATURA

A+

G.S. RH

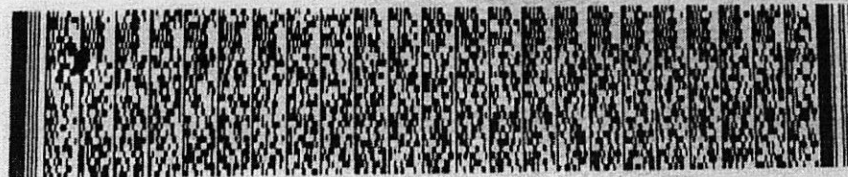
F

SEXO

19-ENE-2022 HELICONIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL  
ALEXANDER VEGA ROCHA



P-0114800-01278659-F-1017126089-20220201

0078036454A 1

54804087

DIAN

## Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario

141182272818



(415)7707212489984(8020) 000014118227281 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

1 0 1 7 1 2 6 0 8 9

1

Impuestos de Medellín

1 1

## 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 1 7 1 2 6 0 8 9

Lugar de expedición

28. País

29. Departamento

30. Ciudad/Municipio

COLOMBIA

1 6 9

Antioquia

0 5

Heliconia

3 4 7

31. Primer apellido

32. Segundo apellido

33. Primer nombre

34. Otros nombres

VASQUEZ

ALVAREZ

CLARIBET

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

## UBICACIÓN

38. País

39. Departamento

40. Ciudad/Municipio

COLOMBIA

1 6 9

Antioquia

0 5

Heliconia

3 4 7

41. Dirección principal

BRR CEFERINO

42. Correo electrónico

clsribetvasquezalvarez@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono

3 0 4 5 9 8 0 0 5 0

45. Teléfono 2

## CLASIFICACIÓN

## Actividad económica

## Ocupación

## Actividad principal

## Actividad secundaria

## Otras actividades

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

50. Código

1

2

51. Código

52. Número establecimientos

8 7 1 0

2 0 2 1 0 6 0 1

8 2 9 9

2 0 2 1 0 5 0 3

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 4 9

49 - No responsable de IVA

## Usuarios aduaneros

## Exportadores

54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

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 MARTINEZ JOAQUIN ESTEBAN

985. Cargo

Gestor IV



## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

Código Verificación: 4088444

**ALIANZA MEDELLÍN ANTIOQUIA EPS S.A.**

### CERTIFICA QUE:

CLARIBET VASQUEZ ALVAREZ, identificado con Cedula Ciudadania 1017126089 aparece registrado(a) en SAVIA SALUD EPS con la siguiente información:

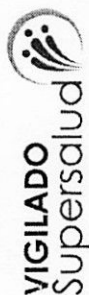
**Tipo y N° de identificación:** Cedula Ciudadania 1017126089  
**Nombres y apellidos:** CLARIBET VASQUEZ ALVAREZ  
**Nivel de Sisbén:** Nivel 2  
**Grupo Sisbén:** Grupo C  
**Fecha de afiliación:** 2012-04-01  
**Ciudad:** MEDELLÍN  
**Régimen:** SUBSIDIADO  
**IBC:** NO APLICA  
**Estado de afiliación:** Activo  
**Modelo de liquidación:** CAPITA  
**Fecha de retiro:**  
**Semanas de afiliación:** 718

El presente documento fue generado el 2026-01-05 10:27:06, valido por 15 días a partir de la fecha de generación, sin embargo, el estado de afiliación puede cambiar de acuerdo con la normatividad que rige el Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS

### Grupo Familiar del afiliado

| Tipo Documento | Número Documento | Nombres | Apellidos | Fecha de Nacimiento | Parentesco Cotizante | Estado Afiliado | Régimen |
|----------------|------------------|---------|-----------|---------------------|----------------------|-----------------|---------|
|                |                  |         |           |                     |                      |                 |         |

**JEFATURA DE ASEGURAMIENTO DE OPERACIONES  
SAVIA SALUD EPS**



[www.saviasaludeps.com](http://www.saviasaludeps.com)

## LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

## CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1017126089**, *no está registrado/a* en el Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 05 de enero de 2026.



**Rosa Mercedes Nino Amaya**  
Dirección de Afiliaciones

**Nota:** Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.



FUNDACIÓN ESCUELA DE CAPACITACIÓN COLOMBIA



Formación para el Trabajo y Desarrollo Humano

## ACTA DE CERTIFICACIÓN

En la Ciudad de Itagüí a los quince (15) días del mes de Diciembre del año 2024, se formalizó la entrega de **Certificados de Técnico Laboral en Auxiliar en Enfermería** de la Fundación Escuela de Capacitación Colombia -FUNCA-, aprobación oficial según licencia de funcionamiento, según resolución N° 25669 del 31 de Marzo de 2014, expedida por la Secretaria de Educación y Cultura del Municipio de Itagüí y registro de Programa Resolución No. 42590 de Junio 21 de 2018, emanada por la Secretaria de Educación y Cultura de Itagüí. Concepto favorable del Ministerio de Salud según Acuerdo N° 0278 del 10 de Noviembre de 2017.

Es fiel copia del acta original general No. 29, Folio No. 30, Libro No.5,  
Certificado No. 9247 del 15 de Junio de 2024

Comprobada la situación académica y de práctica se procede a expedir el:

**CERTIFICADO TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN  
AUXILIAR EN ENFERMERÍA**

A:

*Claribet Vásquez Álvarez*

*C.C. No. 1.017.126.089 de Heliconia (Antioquia)*

Dada en Itagüí, a los quince (15) días del mes de Junio del año 2024

*Argehan Mayorga*  
DIRECTOR



*Claribet Vásquez*  
SECRETARIA





## Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

**Función Pública certifica que:**

**Claribet Vasquez Alvarez**

C.C 1.017.126.089

Participó y completó el curso virtual

**Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción**

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 06 de enero 2026

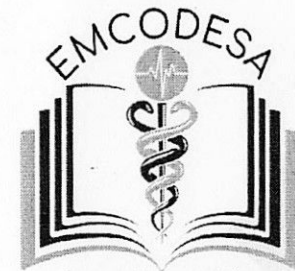
**Francisco Camargo Salas**  
Director de Empleo Público

Código: 766004509000

LA EMPRESA COLOMBIANA DE EDUCACIÓN EN SALUD

# EMCODESA

CON NIT. 901281592-1



La educación  
tu mejor herramienta.

HACE CONSTAR QUE:

## CLARIBET VASQUEZ ALVAREZ

con documento de identidad N°: 1017126089  
realizó el curso:

### TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO

Con una intensidad de: 40 (cuarenta) horas  
Para constancia se firma el 23 de agosto de 2024 en Medellín

**ANALUCIA MENESES S.**  
DIRECTORA EJECUTIVA

**GUILLERMO MENDOZA L.**  
DIRECTOR ACADÉMICO

[Verificar Registro en ReTHUS](#)[Limpiar](#)

Resultado General -2026-01-05--10:17:30 AM

| Tipo<br>Identificación | Nro.<br>Identificación | Primer<br>Nombre | Segundo<br>Nombre | Primer<br>Apellido | Segundo<br>Apellido | Estado<br>Identificación | Detalles            |
|------------------------|------------------------|------------------|-------------------|--------------------|---------------------|--------------------------|---------------------|
| CC                     | 1017126089             | CLARIBET         |                   | VASQUEZ            | ALVAREZ             | Vigente                  | <a href="#">Ver</a> |

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) CLARIBET VASQUEZ ALVAREZ identificado(a) con CC 1017126089 registra La siguiente información:

2026-01-05--10:17:30 AM

## Información Académica

| Tipo<br>Programa | Origen<br>Obtención<br>Título | Profesión u Ocupación                        | Fecha folio ejercer<br>Acto<br>Administrativo | Acto<br>Administrativo | Entidad Reportadora         |
|------------------|-------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------|-----------------------------|
| AUX              | Local                         | TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN<br>ENFERMERIA | 2025-01-22                                    | 25060001259            | GOBERNACION DE<br>ANTIOQUIA |

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

RESOLUCIÓN

(2025-01-22)

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA  
República de Colombia

**POR MEDIO DEL CUAL SE CONCEDE UNA AUTORIZACIÓN**

**SECRETARÍA DE SALUD E INCLUSIÓN SOCIAL**, en uso de las atribuciones legales y en especial las conferidas por los Decretos No.1875 de 1994 y 1352 de 2000 Ley 1164 de 2007 y Decreto 4904 de 2009 del Ministerio de Salud y Protección Social

**CONSIDERANDO:**

1. Que corresponde a las Seccionales de Salud, en su área de influencia, ejercer el control y vigilancia de los auxiliares y técnicos de la salud, mediante la autorización e inscripción de los certificados expedidos por las instituciones de educación para el trabajo y el desarrollo humano, para su debido desempeño.
2. Que **CLARIBET VÁSQUEZ ÁLVAREZ**, con numero único de identificación personal (**NUIP**) **1017126089** solicitó la autorización e inscripción de su certificado de aptitud ocupacional como técnico laboral por competencias: **AUXILIAR EN ENFERMERIA**, que le fue otorgado por **LA FUNDACIÓN ESCUELA DE CAPACITACIÓN COLOMBIA-FUNCA**, en la fecha **15/06/2024**

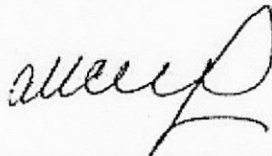
**RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO:** Autorizar a **CLARIBET VÁSQUEZ ÁLVAREZ**, con numero único de identificación personal (**NUIP**) **1017126089** para desempeñarse como técnico laboral por competencias: **AUXILIAR EN ENFERMERIA**, en el territorio colombiano.

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

**NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE**

Dado en Medellín el 2025/01/22



MARTA CECILIA RAMIREZ ORREGO  
Secretaria Seccional de Salud e Inclusión Social

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 lunes 05 de enero de 2026, a las 10:41:10, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

|                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| Tipo Documento         | Cédula de Ciudadanía   |
| No. Identificación     | 1017126089             |
| Código de Verificación | 1017126089260105104110 |

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

Con el Código de Verificación puede constatar la autenticidad del Certificado.  
Carrera 69 No. 44-35 Piso 1. Código Postal 111071. PBX 5187000 - Bogotá D.C  
Colombia Contraloría General NC, BOGOTÁ. D.C.

CGR

Página 1 de 1



**CERTIFICADO DE ANTECEDENTES**

**CERTIFICADO ORDINARIO  
No. 287554081**



PIB  
10:42:33  
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 05 de enero 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) CLARIBET VASQUEZ ALVAREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1017126089:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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



Carlos William Rodríguez Millán  
Jefe División de Relacionamento 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.



### Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

#### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:02:33 AM horas del 05/01/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1017126089**

Apellidos y Nombres: **VASQUEZ ALVAREZ CLARIBET**

#### **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.



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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:48:30 horas del 05/01/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1017126089**,  
Apellidos y Nombres **VASQUEZ ALVAREZ CLARIBET**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL**, con NIT **890981074-2** 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.



## Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

👤 Consulta Ciudadano

### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 05/01/2026 11:01:11 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1017126089** y Nombre: **CLARIBET VASQUEZ ALVAREZ**.

### 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. **131707790**. 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.



**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 1017126089 **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 05/01/2026 10:57 AM



Código Verificación: 6ACP3KLD9T

Válida hasta: 05/04/2026

---

**Dirección de Gobierno Digital**

**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS  
COMUNICACIONES - MINTIC**

# Certificación Bancaria

Lunes, 05 de enero de 2026

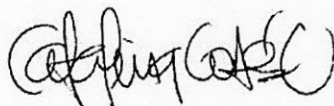
E.S.E Hospital San Rafael De Heliconia

Bancolombia S.A. se permite informar que CLARIBET VASQUEZ identificado(a) con CC 1017126089, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

| Producto       | No. Producto | Fecha Apertura<br>aaaa-mm-dd | Estado | Saldo |
|----------------|--------------|------------------------------|--------|-------|
| Cuenta Ahorros | 01600004036  | 2025-05-21                   | ACTIVO | ..... |

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

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



Catalina Cortés Uribe.  
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

 **Bancolombia**

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a [correosospchoso@bancolombia.com.co](mailto:correosospchoso@bancolombia.com.co)

Carné Digital  
de Vacunación

Colombia

## Esquema de Vacunación



## VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD



ID: b197214-2cc7-49ae-b67f-c91f19dfe7

Nombres y apellidos / Full name

CLARIBET VASQUEZ ALVAREZ

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

1 0 1 7 1 2 6 0 8 9

Fecha de nacimiento / Date of birth

15/01/2004

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

2222826

Correo electrónico / e-mail

nn@gmail.com

## Datos de Vacunación / Vaccination detail

| Vacuna                         | Dosis           | Fecha de aplicación |       |      | Laboratorio | Número de Lote | IPS Vacunadora                                    | Nombres y apellidos del vacunador                   |
|--------------------------------|-----------------|---------------------|-------|------|-------------|----------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
|                                |                 | Date of vaccination |       |      |             |                |                                                   |                                                     |
| Vaccine                        | Doses           | Día                 | Mes   | Año  | Laboratory  | Vaccine Batch  | Administering Center                              | Full name Vaccinator                                |
|                                |                 | Day                 | Month | Year |             |                |                                                   |                                                     |
| VPH                            | Primera         | 4                   | 2     | 2014 |             | NA             | ESE HELICONIA                                     | LUCILA VELASQUEZ                                    |
| VPH                            | Segunda         | 12                  | 8     | 2014 |             | J006326        | HELICONIA ESE H. San Rafael                       |                                                     |
| TD Adulto                      | Primer Refuerzo | 23                  | 4     | 2019 |             | 221500217C     | HELICONIA ESE H. San Rafael                       | MARIA LUCILA VELASQUEZ MUNERA                       |
| INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS   | Anual           | 30                  | 12    | 2020 |             | V50220017      | HELICONIA ESE H. San Rafael                       | MARIA LUCILA VELASQUEZ MUNERA                       |
| TdaP Acelular Gestante         | Anual           | 19                  | 3     | 2021 |             | AC37B335BI     | MEDELLIN ESE METROSALUD UPSS San Antonio de Prado | CLAUDIA JOHANA CRIOLLO VELEZ                        |
| COVID PFIZER                   | Primera         | 27                  | 8     | 2021 | PFIZER      | FD7222         | HELICONIA ESE H. San Rafael                       | LUIS CRISTOBAL YANEZ LOZANO                         |
| COVID PFIZER                   | Segunda         | 28                  | 2     | 2022 | PFIZER      | 210961         | MEDELLIN ESE METROSALUD CS Estadio                | OLIVIA MURILLO ROJAS                                |
| COVID PFIZER                   | Primer Refuerzo | 19                  | 11    | 2022 | PFIZER      | PCA0076        | HELICONIA ESE H. San Rafael                       | LUIS CRISTOBAL YANEZ LOZANO                         |
| TD Adulto                      | Primera         | 18                  | 11    | 2023 | Serum       | 2332L004B      | ITAGUI CIS COMFAMA Itagüi                         | DANIELA VELASQUEZ ARIAS                             |
| Hepatitis B Adultos Particular | Primera         | 18                  | 11    | 2023 |             | 220600622A     | ITAGUI CIS COMFAMA Itagüi                         | DANIELA VELASQUEZ ARIAS                             |
| INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS   | Anual           | 11                  | 5     | 2024 | Green Cross | V50524001      | HELICONIA ESE H. San Rafael                       | MARIA LUCILA VELASQUEZ MUNERA - CC43703369 - Activo |
|                                |                 |                     |       |      |             |                |                                                   |                                                     |
|                                |                 |                     |       |      |             |                |                                                   |                                                     |
|                                |                 |                     |       |      |             |                |                                                   |                                                     |

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información PAWEB 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 Ministry of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from PAWEB, according to the Wide Program of Immunization - 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.

**PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI)**

PAISOFT 2.7.5 (2014.03.06)  
ESE HOSPITAL SANRAFAEL - HELICONIA  
CARNÉ DE VACUNACIÓN

Pág: 1  
Fecha: 05/01/2026

IDENTIFICACION CC 1017126089  
NOMBRE CLARIBET VASQUEZ ALVAREZ  
FECHA DE NACIMIENTO 2004/01/15  
DIRECCION GLORIA Nro ALTO  
TELEFONO(S) 8549705

**VACUNAS PAI**

| <u>VACUNA</u>                  | <u>APLICACION</u> | <u>FECHA</u> | <u>LOTE</u> |
|--------------------------------|-------------------|--------------|-------------|
| BA1374 BCG                     | DOSIS 1           | 2004/01/16   |             |
| DPT001 DPT                     | DOSIS 1           | 2004/03/27   |             |
|                                | DOSIS 2           | 2004/05/29   |             |
|                                | DOSIS 3           | 2004/07/24   |             |
|                                | REFUERZO 1        | 2005/07/30   |             |
|                                | REFUERZO 2        | 2009/01/24   | 30702C      |
| VI0609 FIEBRE AMARILLA         | DOSIS 1           | 2005/02/26   |             |
| BA0415 HAEMOPHILUS INFLUENZA b | DOSIS 1           | 2004/03/27   |             |
|                                | DOSIS 2           | 2004/05/29   |             |
|                                | DOSIS 3           | 2004/07/24   |             |
| VI0703 HEPATITIS B             | DOSIS 1           | 2004/03/27   |             |
|                                | DOSIS 2           | 2004/05/29   |             |
|                                | DOSIS 3           | 2004/07/24   |             |
| VI0459 POLIO                   | DOSIS 1           | 2004/03/27   |             |
|                                | DOSIS 2           | 2004/05/29   |             |
|                                | DOSIS 3           | 2004/07/24   |             |
|                                | R.NACIDO 1        | 2004/01/16   |             |
|                                | REFUERZO 1        | 2005/07/30   |             |
|                                | REFUERZO 2        | 2009/01/24   | 89703       |
| VI0569 RUBEOLA                 | DOSIS 1           | 2005/01/29   |             |
|                                | REFUERZO 1        | 2009/01/24   | 1358        |
| VI0559 SARAMPION               | DOSIS 1           | 2004/07/24   |             |
|                                | REFUERZO 1        | 2009/01/24   | 1358        |
| SR0001 SR(SARAMPION+RUBEOLA)   | DOSIS 1           | 2006/04/04   |             |
|                                | REFUERZO 1        | 2009/01/24   | 1358        |
| SRP001 SRP                     | DOSIS 1           | 2005/01/29   |             |
|                                | REFUERZO 1        | 2009/01/24   | 1358        |
| TD0001 TD (niños)              | DOSIS 1           | 2009/01/24   | 30702C      |
| BA4843 TOS FERINA (Sola)       | DOSIS 1           | 2009/01/24   | 30702C      |
| BA0370 TT (Tétanos)            | DOSIS 1           | 2004/03/27   |             |
|                                | DOSIS 2           | 2004/05/29   |             |
|                                | DOSIS 3           | 2004/07/24   |             |
|                                | DOSIS 4           | 2009/01/24   | 30702C      |