FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
RÍOS	HERNANDEZ	JULY MAGALI

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No 1110477311	F ⊗ M ○ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 10 MES 10 AÑO 1988	MNZ 4 CASA 8 CASA 8 SAN PABLO			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	TOLIMA
DEPTO	TOLIMA	MUNICIPIO	SAN LUIS		
MUNICIPIO	SAN LUIS	TELÉFONO	2225202	EMAIL	magita-88@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2005

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA 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		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
POSTGRADO	4	X		ESPECIALIZACION EN EPIDEMIOLOGIA	05	2018	
PREGRADO	8	X		ENFERMERIA	11	2013	39903

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) **TR_DES** (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

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*

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE ORTEGA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* ORTEGA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3112458878	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	25	*Mes*	04	*Año*	2025	*Día*	24	*Mes*	12	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA - EPIDEMIOLOGA	*DEPENDENCIA* ALCALDIA SALUD PUBLICA						*DIRECCIÓN* CALLE 6 5 30 FRENTE AL PARQUE					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SAN LUIS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* SAN LUIS						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3112458878	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	17	*Mes*	10	*Año*	2025	*Día*	15	*Mes*	12	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA - EPIDEMIOLOGA	*DEPENDENCIA* ALCALDIA SALUD PUBLICA						*DIRECCIÓN* CALLE 7 NORTE 4 null FRENTE AL PARQUE					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SAN LUIS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* SAN LUIS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3112458878	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	24	*Mes*	04	*Año*	2025	*Día*	20	*Mes*	09	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO EN EPIDEMIOLOGIA	*DEPENDENCIA* ALCALDIA- SECRETARIA DE SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 5 7 null FRENTE AL PARQUE					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE ORTEGA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* ORTEGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3112458878	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	17	*Mes*	01	*Año*	2025	*Día*	16	*Mes*	04	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO EN EPIDEMIOLOGIA	*DEPENDENCIA* ACCIONES EN SALUD PUBLICA						*DIRECCIÓN* CALLE 6 5 30 FRENTE AL PARQUE PRINCIPAL					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SAN LUIS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* SAN LUIS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3112458878	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	02	*Año*	2025	*Día*	03	*Mes*	04	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO V. EPIDEMIOLOGICA	*DEPENDENCIA* ACCIONES EN SALUD PUBLICA						*DIRECCIÓN* CALLE 7 null null FRENTE AL PÁRQUE					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE ORTEGA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* ORTEGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3112458878	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	17	*Mes*	08	*Año*	2024	*Día*	29	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO ACTIVIDADES EPIDEMIOLOGI	*DEPENDENCIA* SECRETARIA SERVICIOS SOCIAL						*DIRECCIÓN* CALLE 6 5 30 FRENTE AL PARQUE PRINCIPAL					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SAN LUIS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* SAN LUIS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3112458878	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	05	*Año*	2024	*Día*	12	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO ACTIVIDADES EPIDEMIOLOGI	*DEPENDENCIA* SECRETARIA SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 7 5 32 FRENTE AL PARQUE					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE ORTEGA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* ORTEGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3112458878	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	17	*Mes*	01	*Año*	2024	*Día*	14	*Mes*	07	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO EN EPIDEMIOLOGIA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE SERVICIO SOCIAL						*DIRECCIÓN* CALLE 6 5 30 FRENTE AL PARQUE PRINCIPAL					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SAN LUIS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* SAN LUIS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3112458878	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	18	*Mes*	01	*Año*	2024	*Día*	16	*Mes*	04	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO ACTIVIDADES EPIDEMIOLOGI	*DEPENDENCIA* SECRETARIA SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 5 5 4 FRENTE AL PARQUE					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SAN LUIS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* SAN LUIS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3112458878	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	07	*Mes*	11	*Año*	2023	*Día*	29	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESOR EN EPIDEMIOLOGIA	*DEPENDENCIA* APOYO EN SALUD PUBLICA						*DIRECCIÓN* AVENIDA CALLE 7 7 1 FRENTE AL PARQUE					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SAN LUIS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* SAN LUIS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3112458878	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	28	*Mes*	07	*Año*	2023	*Día*	30	*Mes*	10	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESOR EN EPIDEMIOLOGIA	*DEPENDENCIA* AREA SALUD PUBLICA						*DIRECCIÓN* AVENIDA CALLE 7 7 1 FRENTE AL PARQUE					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SAN LUIS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* SAN LUIS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3112458878	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	25	*Mes*	01	*Año*	2023	*Día*	24	*Mes*	06	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESOR EN EPIDEMIOLOGIA	*DEPENDENCIA* ACCIONES EN SALUD PUBLICA						*DIRECCIÓN* AVENIDA CALLE 7 7 1 FRENTE AL PARQUE					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SAN LUIS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* SAN LUIS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 2252011	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	06	*Mes*	10	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ACCIONES EN SALUD PUBLICA						*DIRECCIÓN* AVENIDA CALLE 7 7G 2 ESTE FRENTE AL PARQUE					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SAN LUIS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* SAN LUIS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 2252011	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	07	*Mes*	01	*Año*	2022	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ACTIVIDADES DE SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 7					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SAN LUIS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* SAN LUIS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3102114533	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	17	*Mes*	09	*Año*	2021	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD PUBLICA						*DIRECCIÓN* AVENIDA CALLE 7 7 1					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SAN LUIS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* SAN LUIS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3112458878	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	13	*Mes*	04	*Año*	2021	*Día*	13	*Mes*	09	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE SALUD						*DIRECCIÓN* AVENIDA CALLE 7 7 1 FRENTE AL PARQUE					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SAN LUIS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* SAN LUIS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 2252021	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	01	*Año*	2021	*Día*	30	*Mes*	03	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA SALUD						*DIRECCIÓN* AVENIDA CALLE 7 7 1 FRENTE AL PARQUE					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SAN LUIS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* SAN LUIS						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3112458878	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	06	*Mes*	08	*Año*	2020	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA SALUD						*DIRECCIÓN* AVENIDA CALLE 7 7 1 FRENTE AL PARQUE					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SAN LUIS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* SAN LUIS						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 2252014	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	13	*Mes*	05	*Año*	2020	*Día*	13	*Mes*	07	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA SALUD						*DIRECCIÓN* AVENIDA CALLE 7 7 1 FRENTE AL PARQUE					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FIDUPREVISORA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* ESPINAL						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 2486803	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	02	*Año*	2016	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD						*DIRECCIÓN* INPEC ESPINAL					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL CENTRO ORIENTE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 2222222	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	28	*Mes*	08	*Año*	2015	*Día*	10	*Mes*	01	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD						*DIRECCIÓN* centro oriente bogota					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION UNIVERSITARIA SAN JOSE			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 2222552	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	22	*Mes*	05	*Año*	2015	*Día*	20	*Mes*	07	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA PROFESIONAL	*DEPENDENCIA* SALUD						*DIRECCIÓN* AV CLL 68 CR 30 BOGOTA					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ACTIVOS- FUNDACION HOSPITAL LA MISERICORDIA- HOMI			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA				
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.		*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
TELÉFONOS 2220589		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*				
	Día	24	*Mes*	10	*Año*	2014	*Día*	20	*Mes*	04	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		*DEPENDENCIA* SALUD					*DIRECCIÓN* av 1 de mayo con 10					

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

7 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	2	8
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	1
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	7	6
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO X ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD 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 Rodri Ruiz B enero 2026

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 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

Aumentar el contraste

UTC -5 8:56:53
JULY RIOS

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

Escritorio

Última Actualización

OPORTUNIDADES RECIENTES

No se han encontrado

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

ÚLTIMAS OFERTAS

No se han encontrado

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 .

La República de Colombia
y en su nombre

La Institución Educativa
"San Luis Gonzaga"
San Luis - Tolima

izado por la Secretaría de Educación y Cultura del Departamento del Tolima, según Resolución No. 0874 del 14 de Noviembre de 2.001

Confiere a:

July Magali Ríos Hernández

Identificada con T.I. No. 881010-72376 de San Luis

El Título de:

Bachiller Académico

haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media, según los planes y programas vigentes.

General de Graduación No. 06 del 9 DE DICIEMBRE de 2.005 Folio No. 10

Rectora
Ruth Bibiam Acosta Zárrate

Secretaria
Luz Marina Rivera

Dado en San Luis, a los 9 Días del mes de DICIEMBRE de 2.005

Powered by CamScanner

INSTITUCIÓN EDUCATIVA "SAN LUIS GONZAGA"

(antes colegio Departamental San Luis Gonzaga)

CALLE 7 No. 4 A –30 San Luis

Jornada Mañana

INSCRIPCION S.E.: No.16781043

INSCRIPCION DANE: No. 173678000894

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACION

En la Ciudad de San Luis Tolima, a los 9 días del mes de diciembre de 2005, se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes del último grado, cursado en el año 2.005, las suscritas Rectora y Secretaria, en la rectoría de la **INSTITUCION EDUCATIVA SAN LUIS GONZAGA** (Antes colegio Departamental San Luis Gonzaga). Institución con reconocimiento de estudios para los niveles de Educación Media Académica, autorizada por la Secretaria de Educación y Cultura del Departamento del Tolima para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad Académica , Según Resolución No.0874 del 14 de Noviembre de 2001.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el Titulo de **BACHILLER ACADEMICO**, al Graduando cuyos Nombres, Apellidos y Número de Documento de Identidad se relacionan a continuación:

JULY MAGALI RIOS HERNANDEZ

Tarjeta Identidad. No. 881010-72376 de San Luis

Es copia tomada del Libro de Actas generales de Grado 2 Folio No. 10 Acta No. **006** de Fecha diciembre 9 de 2005, que consta de 42 (cuarenta y dos) estudiantes que comienza con el nombre de: ANDREA FERNANDA ACOSTA CIFUENTES y se cierra con el nombre de RODOLFO VELASQUEZ RAMIREZ.

Firmada por **RUTH BIVIAN ACOSTA ZARRATE** (Rectora) y **LUZ MARINA RIVERA** (Secretaria).

Dada en San Luis Tolima, a los 9 días del mes de diciembre de 2005.

Rectora
C.C. No.28.934.352 De San Luis

Secretaria
C.C. No. 28.934.353 San Luis

Powered by CamScanner

República de Colombia

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
DEL ÁREA ANDINA

Personería Jurídica Res. 22015 Mineducación Dic. 9-93

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional,

teniendo en cuenta que:

July Magali Ríos Hernández

Cédula de Ciudadanía No. 1.110.477.311 de Ibagué

Aprobó los estudios preceptuados por la Fundación y cumplió los requisitos exigidos por la Ley y los Reglamentos, le confiere el título de

Enfermera

En testimonio de lo expuesto se expide el presente diploma que así lo acredita.

Bogotá, D. C., 28 de marzo de 2014

Rector

Secretaria General

Director

Tomo: 7 Folio: 157 Registro: 390838 Fecha: 28 de marzo de 2014

No. 40211

REPUBLICA DE COLOMBIA
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia
A N E C

RESOLUCION No 39903 de AGOSTO 08 DE 2014
Por la cual se expide el Registro Único Nacional Profesional de Enfermería

La Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia ANEC, en uso de las facultades que le confiere el Capítulo V, artículos 13, 14 y 15 de la Ley 266 de 1996, reglamentaria de la Profesión de Enfermería.

CONSIDERANDO

A) Que, JULI MAGALI RIOS HERNANDEZ Identificada(o) con la cédula de ciudadanía No 1.110.477.311, expedida en IBAGUE, ha solicitado su Inscripción y Registro Único Nacional como Profesional de Enfermería, lo cual la (o) acredita para ejercer la Profesión de Enfermería en Colombia.

B) Que para este efecto presentó los siguientes documentos : Formulario de Solicitud; fotocopia del Diploma y Acta de Grado otorgado por una Institución de Educación Superior reconocida por el Gobierno; fotocopia de la cédula de ciudadanía; recibo de pago de los derechos de expedición; fotocopia de la Resolución expedida por la respectiva Secretaria de Salud donde conste el cumplimiento o Exoneración del Servicio Social Obligatorio; fotocopia de la Resolución de convalidación expedida por el Ministerio de Educación para los títulos expedidos en el exterior y 2 fotografías a color, tamaño 3 x 4 de fondo azul o verde.

C) La Unidad de Registro Único Nacional de Enfermería de la ANEC, una vez verificado el cumplimiento de los requisitos exigidos en el literal B, los cuales son registrados en la relación Número 581 del 08 de AGOSTO de 2014.

RESUELVE

Artículo Único. Reconocer la calidad de Profesional de Enfermería a JULI MAGALI RIOS HERNANDEZ, egresada(o) de la UNIVERSIDAD FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA de BOGOTA, el 28 del mes MARZO de 2014, para lo cual se expide el Registro y Tarjeta Profesional No. 39903, y en constancia se inscribe en el libro correspondiente.

Parágrafo: En el caso de presentar documentación no compatible con los datos aportados por las Facultades de Enfermería del país, esta información será reportada a la Entidad Educativa y a las Entidades de Control, para que tomen las medidas pertinentes.

NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE

Expedida en la ciudad de Bogotá D.C., a los 08 días del mes de AGOSTO de 2014.

CAROLINA PRADA MORENO
Registradora Nacional ANEC

Powered by CamScanner

AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina
Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

Fundación Universitaria del Área Andina

ACTA DE GRADO No. 902

En Bogotá D.C., el 30 de marzo de 2020 a las 09:00 horas, convocados por Resolución Nacional No. 011 del 18 marzo de 2020, se reunieron el Rector, Representante Legal, Carácter Nacional, Doctor José Leonardo Valencia Molano, la Decana Nacional de la Facultad de Ciencias de la Salud, Doctora Paola Ruiz Díaz y la Secretaria General, Doctora María Angélica Pacheco Chica, para presidir la ceremonia de grado de **JULY MAGALI RIOS HERNANDEZ**, Identificada con C.C. No. 1110477311 de Ibagué, quien cursó y aprobó las materias comprendidas en el pensum del respectivo programa, cumpliendo con los requisitos exigidos por la ley y los Reglamentos de la Fundación, haciéndose merecedora a recibir el título de **ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA**, el cual otorga la Fundación debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional y por el Consejo Superior mediante Acuerdo 004 del 21 de abril de 1998. Previa entrega del diploma, se tomó el juramento de rigor a la graduanda, quien prometió cumplir fielmente sus deberes para con la Patria y la Fundación, ejerciendo la carrera de acuerdo con las normas de la ética y moral profesional.

Agotado el orden del día, la sesión se dio por terminada y se firmó el acta por quienes en esta intervinieron.

Anotado en el Tomo 12, Folio 58, Registro 70184

JOSÉ LEONARDO VALENCIA MOLANO, Rector, Representante Legal, Carácter Nacional

PAOLA RUIZ DÍAZ, Decana Nacional de la Facultad de Ciencias de la Salud

MARÍA ANGÉLICA PACHECO CHICA, Secretaria General

Dada en Bogotá D.C., a los 30 días del mes marzo de 2020.

María Angélica Pacheco Chica
Secretaria General

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
SECRETARIA GENERAL

...COPIA·DIGITAL·AUTÉNTICA...

Código Seguro de Verificación: MYvsvAoGsH957o3m

...COPIA..DIGITAL..AUTÉNTICA...

República de Colombia

AREANDINA

Fundación Universitaria del Área Andina

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación DIC. 9-83

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional,
teniendo en cuenta que:

JULY MAGALI RIOS HERNANDEZ

C.C. Nº. 1110477311 de Ibagué

Aprobó los estudios de formación avanzada, programados por la Fundación y cumplió los requisitos exigidos por la Ley y los reglamentos, le confiere el título de

ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA

En testimonio de lo expuesto se expide el presente diploma que así lo acredita.
Bogotá D.C., el día 30 de Marzo de 2020

Rector

Secretaria General

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
RECTORÍA

Decano

Tomo 12 · Folio 58 · Registro 70184 · Acta No. 902 · Fecha 30 de Marzo de 2020 ·

Código de Seguridad: 2728-AA-019445

Código Seguro de Verificación: 0IpGIYTY8tHxgwN4

ACTIVOS S.A.
El talento humano es nuestro mejor recurso

NIT: 860.090.915

CERTIFICACION

Que la Señora RIOS HERNANDEZ JULLY MAGALI identificada con Cedula De Ciudadania número 1,110,477,311, laboro en nuestra empresa a partir del 24 de Octubre de 2014 hasta el 20 de Abril de 2015, mediante un contrato de trabajo por el termino que dure la OBRA O LABOR, y en ejercicio del mismo fue asignada como trabajadora en misión a la usuaria FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA, desempeñándose en el cargo de ENFERMERO (A) JEFE con una asignacion mensual de UN MILLON NOVECIENTOS MIL PESOS ($1,900,000).

La presente certificación se expide en Bogotá, a solicitud de la interesada a los 20 días del mes Mayo de 2015 con destino a QUIEN INTERESE.

Atentamente,

ACTIVOS S.A.
N.I. 860.090.915-9

SANDRA BELTRAN GUILLEN
GERENTE DE RECURSOS HUMANOS

LM: FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA - - 856565

NOTA: La presente certificación no es válida para Embajadas, Consulados, ni para diligencias judiciales.

Medicall
Talento Humano

NIT 900.682.543-8

EL SUSCRITO GERENTE GENERAL DE MEDICALL TALENTO HUMANO S.A.S.

CERTIFICA:

Que **RIOS HERNANDEZ JULY MAGALI** identificada con cédula de ciudadanía número **1110477311** labora en Medicall Talento Humano S.A.S., mediante contrato de trabajo a Término Indefinido desde el día 22 de Mayo de 2015, desempeñando el cargo de **JEFE DE ENFERMERIA**, con una remuneración mensual que se encuentra distribuída en los siguientes términos:

1. Un salario básico equivalente a la suma de : UN MILLON NOVECIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y SIETEPesos M/cte ($1,953,247).

2. A título de auxilio no constitutivo de salario y/o factor prestacional, la suma de: CERO Pesos M/cte ($0,00).

3. A título de auxilio constitutivo de salario y/o factor prestacional, la suma de: CIENTO NOVENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS VEINTICINCO Pesos M/cte ($195.325).

La presente se expide en Bogotá, D.C. a los diez (10) días del mes de Julio del año dos mil quince (2015). a solicitud del interesado (a).

HENRY LADINO DIAZ
GERENTE GENERAL

La presente certificación debe tener sello seco.

Carrera 67 # 4G-78 Teléfonos 7425770 - 4200784 - 2621705
Bogotá

LAMartinez

Fiduagraria | {fiduprevisora}

Todos, para nosotros y para siempre.

CONSORCIO FONDO DE ATENCIÓN EN SALUD PPL 2015.

Bogotá, 1 de marzo de 2016

Señor
JULY MAGALI RIOS HERNANDEZ
ENFERMERA JEFE
Establecimiento Carcelario y Penitenciario de EPMSC ESPINAL
ESPINAL - TOLIMA

Ref.- Comunicación de Prórroga, adición y modificación de la Orden de Servicios

El Consejo Directivo del Fondo Nacional de Atención en Salud dispuso en sesión del pasado 24 de febrero del año en curso, a través del Acuerdo No 003: *"Suscripción prorroga de los contratos de OPS de talento humano intramural hasta el 31 de julio de 2016, teniendo en cuanto como valor máximo la tabla de honorarios que incluirá un valor adicional en los establecimientos de difícil acceso definidos por el INPEC"* y en cumplimiento a lo estipulado en la Cláusula Segunda de la Orden de Servicios referenciada suscrita con el **CONSORCIO FONDO DE ANTENCIÓN EN SALUD A LA PPL – 2015** en calidad de vocera y administradora del Patrimonio Autónomo **FONDO NACIONAL DE SALUD DE LA POBLACIÓN DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD** me permito informarle que su orden de servicios se prorrogó hasta el 31 de julio de 2016.

Por consiguiente el valor de su contrato se adicionó en la suma de $ 11991535, el cual será cancelado en las mismas condiciones inicialmente pactadas en mensualidades de $ 2398307.

Se corrige la Cláusula séptima de la orden de servicios en el sentido de aclarar que el supervisor de la orden es el Gerente del Consorcio o quien este delegue en concordancia con la cláusula cuarta.

Si su deseo es no continuar con la ejecución de la orden de servicios referenciada, se solicita que este sea manifestado a través de una comunicación escrita vía correo electrónico a la dirección: t_egamba@fiduprevisora.com.co

Cordialmente,

DORA MAGDALENA RODRIGUEZ MARTINEZ
Apoderada
CONSORCIO FONDO DE ANTENCIÓN EN SALUD A LA PPL – 2015

Elaboró: Fabián Leonardo Legamón Garzón. Abogado: CONSORCIO FONDO DE ATENCION EN SALUD PPL 2015.
Revisó: Yaneth Mayo Gómez, Coordinadora Jurídica - CONSORCIO FONDO DE ATENCION EN SALUD PPL 2015.

1110427311

Powered by CamScanner

LA SUSCRITA SECRETARIA DE GOBIERNO MUNICIPAL DE SAN LUIS TOLIMA

CERTIFICA

Que la señora **JULY MAGALI RIOS HERNANDZ,** identificada con cedula de ciudadanía N° **1.110.477.311** de Ibagué Tolima, presto sus servicios a la administración Municipal de San Luis Tolima, mediante los siguientes contratos de prestación de servicio 2020:

No. Contrato	Objeto	Valor	Fecha Inicio	Fecha Terminación
115	SERVICIOS PROFESIONALES DE JEFE DE ENFERMERIA PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA EN EL MUNICIPIO DE SAN LUIS TOLIMA	$ 5.000.000	13/05/2020	12/07/2020
174	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE VIGILANCIA SALUD PUBLICA EN EL MUNICIPIO DE SAN LUIS TOLIMA	$ 10.000.000	06/08/2020	31/12/2020

La presente certificación se expide en la Secretaria de Gobierno a los tres (03) días del mes de mayo del 2023.

MAGDA LORENA BARRERO CARVAJAL
Secretaria de Gobierno Municipal

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
ALCALDÍA DE SAN LUIS TOLIMA
SECRETARIA DE GOBIERNO MUNICIPAL

LA SUSCRITA SECRETARIA DE GOBIERNO MUNICIPAL DE SAN LUIS TOLIMA

CERTIFICA

Que la señora **JULY MAGALI RIOS HERNANDZ,** identificada con cedula de ciudadania N° **1.110.477.311** de Ibagué Tolima, presto sus servicios a la administración Municipal de San Luis Tolima, mediante los siguientes contratos de prestación de servicio en el año 2021:

No. Contrato	Objeto	Valor	Fecha Inicio	Fecha Terminación
019	Apoyo a la gestión a la secretaria municipal como enfermera en la realización de acciones de vigilancia en salud pública 2021 en el municipio de san Luis Tolima.	$ 6.400.000	15/01/2021	30/03/2021
092	Apoyo a la gestión a la secretaria municipal como enfermera en la realización de acciones de vigilancia en salud pública 2021 en el municipio de san Luis Tolima.	$ 12.500.000	14/03/2021	13/09/2021
217	Prestación de servicios profesionales en la secretaria de salud municipal para realizar acciones de inspección, vigilancia y control en salud pública, el análisis y toma de decisiones frente a eventos de interés en salud pública y acompañar a la secretaria durante la construcción, seguimiento, cargue y evaluación de procesos en salud pública	$ 10.400.00	17/09/2021	31/12/2022

La presente certificación se expide en la Secretaria de Gobierno a los Cuatro (10) días del mes de enero del 2023.

MAGDA LORENA BARRERO CARVAJAL
Secretaria de Gobierno Municipal

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
ALCALDÍA DE SAN LUIS TOLIMA
SECRETARIA DE GOBIERNO MUNICIPAL

LA SUSCRITA SECRETARIA DE GOBIERNO MUNICIPAL DE SAN LUIS TOLIMA

CERTIFICA

Que la señora **JULY MAGALI RIOS HERNANDZ,** identificada con cedula de ciudadanía N° **1.110.477.311** de Ibagué Tolima, presto sus servicios a la administración Municipal de San Luis Tolima, mediante los siguientes contratos de prestación de servicio en el año 2022:

No. Contrato	Objeto	Valor	Fecha Inicio	Fecha Terminación
008	Prestación de servicios profesionales en la secretaria de salud municipal para realizar acciones de inspección, vigilancia y control en salud pública, el análisis y toma de decisiones frente a eventos de interés en salud pública y acompañar a la secretaria durante la construcción, seguimiento, cargue y evaluación de procesos en salud pública.	$18.000.000	07/01/2022	30/09/2022
244	Prestación de servicios de Especialista en epidemiologia como apoyo a la secretaria de salud y educación municipal para realizar acciones de inspección, vigilancia y control en salud pública, el análisis y toma de decisiones frente a eventos de interés en salud pública y acompañar a la secretaria durante la construcción, seguimiento, cargue y evaluación de procesos en salud pública	$ 9.000.000	06/10/2022	31/12/2022

La presente certificación se expide en la Secretaria de Gobierno a los Cuatro (10) días del mes de enero del 2023.

MAGDA LORENA BARRERO CARVAJAL
Secretaria de Gobierno Municipal

Powered by CamScanner

LA SUSCRITA SECRETARIA DE GOBIERNO MUNICIPAL DE SAN LUIS TOLIMA

CERTIFICA

Que la señora **July Magali Ríos Hernández,** identificada con cedula de ciudadanía N° **1.110.477.311** de Ibagué Tolima, presto sus servicios a la administración Municipal de San Luis Tolima, mediante los siguientes contratos de prestación de servicio en el año 2023:

No. Contrato	Objeto	Valor	Fecha Inicio	Fecha Terminación
012	Prestación de servicios de Especialista en epidemiologia como apoyo a la secretaria de salud y educación municipal para realizar acciones de inspección, vigilancia y control en salud pública, el análisis y toma de decisiones frente a eventos de interés en salud pública y acompañar a la secretaria durante la construcción, seguimiento, cargue y evaluación de procesos en salud pública	$16.000.000	25/01/2023	24/06/2023

La presente certificación se expide en la secretaria de Gobierno a los Cuatro (23) días del mes de junio del 2023.

MAGDA LORENA BARRETO CARVAJAL
Secretaría de gobierno

Scanned with CamScanner

EL SUSCRITO SECRETARIO DE GOBIERNO MUNICIPAL DE SAN LUIS TOLIMA

CERTIFICA

Que la señora **July Magali Ríos Hernández,** identificada con cedula de ciudadanía N° **1.110.477.311** de Ibagué Tolima, presto sus servicios a la administración Municipal de San Luis Tolima, mediante los siguientes contratos de prestación de servicio en el año 2024:

No. Contrato	Objeto	Valor	Fecha Inicio	Fecha Terminación
013	Prestación de servicios de Especialista en epidemiologia como apoyo a la secretaria de salud y educación municipal para realizar acciones de inspección, vigilancia y control en salud pública, el análisis y toma de decisiones frente a eventos de interés en salud pública y acompañar a la secretaria durante la construcción, seguimiento, cargue y evaluación de procesos en salud pública	$10.500.000	18/01/2024	16/04/2024
103	Prestación de servicios de Especialista en epidemiologia como apoyo a la secretaria de salud y educación municipal para realizar acciones de inspección, vigilancia y control en salud pública, el análisis y toma de decisiones frente a eventos de interés en salud pública y acompañar a la secretaria durante la construcción, seguimiento, cargue y evaluación de procesos en salud pública	$26.250.000	02/05/2024	12/12/2024

La presente certificación se expide en la secretaria de Gobierno a los (15) días del mes de enero del 2024.

JULIO CESAR SALGAR OLIVERA
Secretario de Gobierno Municipal

EL SECRETARIO GENERAL Y DE GOBIERNO MUNICIPAL DE ORTEGA TOLIMA

H A C E C O N S T A R

Que revisado los acervos documentales que reposan en custodia en la oficina de contratación correspondiente a la vigencia 2024, se evidencio el contrato ejecutado por **JULY MAGALY RIOS HERNANDEZ** identificada con la cédula de ciudadanía No.1.110.477.311 expedida en Ortega Tolima y la Administración Municipal así:

CONTRATO: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LAGESTION No.070 DE 2024

PROCESO: CPS-070-2024

FECHA: 17 DE ENERO DE 2024

OBJETO: CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UN ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGIA, PARA EL FORTALECIMIENTO DEL EQUIPO DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA DE LA SECRETARIA DE SERVICIO SOCIAL DEL MUNICIPIO DE ORTEGA TOLIMA

FECHA DE INICIO: 17 DE ENERO DE 2024.

FECHA DE TERMINACION: 14 DE JULIO DE 2024

VALOR: DIECIOCHO MILLONES DE PESOS ($18.000.000.00) MCTE

PLAZO: CIENTO OCHENTA (180) DIAS CALENDARIOS

ACTIVIDADES DESEMPEÑADAS:

1. Verificar que las instituciones prestadoras de servicios de salud a nivel municipal cuenten con los planes de contingencia y planes de emergencias.
2. Realizar verificación de todos los reportes de los eventos de interés en salud pública que se realizan a la plataforma SIVIGILA, según lineamientos del instituto nacional de salud.
3. Coordinar el seguimiento de los eventos de interés en salud pública de acuerdo a la notificación al programa SIVIGILA.
4. Coordinar visitas de asistencia técnica a las UPGD del municipio sobre eventos de interés en salud pública según lineamientos del INS al personal asistencial y de vigilancia.
5. Coordinar y realizar mensualmente comités de vigilancia epidemiológica COVE presentando el análisis de los diferentes eventos notificados, elaboración de sus respectivas actas.
6. Realizar la actualización del análisis de situación en salud municipal (ASIS).
7. Apoyar al municipio de ortega en la elaboración del PLAN TERRITORIAL DE SALUD.

8. Apoyar al municipio de Ortega en la emergencia de salud decretada por el virus del dengue.
9. Realizar y coordinar las unidades de análisis al 100% de los eventos de intereses en salud pública de acuerdo con la necesidad.
10. Implementar acciones de información en salud y estrategias de educación, comunicación para la salud a nivel territorial dirigidas a la población general frente a los cuidados.
11. El manejo inicial en casa y los signos y síntomas de alarma para consultar, de acuerdo con los mensajes claves del MSPS.

La presente constancia se expide a solicitud del interesado.

Dado en la Secretaria General y de Gobierno Municipal de Ortega Tolima, a los treinta y un (31) días del mes de julio de dos mil veinticuatro (2024).

SERGIO ANDRES RAMÍREZ DUCUARA
Secretario General y de Gobierno

Revisó: Dr. Sergio Andrés Ramírez Ducuara
Transcriptor: Ruby C

EL SECRETARIO GENERAL Y DE GOBIERNO MUNICIPAL DE ORTEGA TOLIMA

HACE CONSTAR

Que revisado los acervos documentales que reposan en custodia de la oficina de contratación correspondiente a la vigencia 2024, se evidenció el contrato ejecutado por **JULY MAGALI RIOS HERNANDEZ** identificada con la cédula de ciudadanía No.1.110.477.311 expedida en Ibagué Tolima y la Administración Municipal, así:

CONTRATO: CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No.220 DE 2024

PROCESO: CPS-220-2024

FECHA: 17 DE AGOSTO DE 2024

OBJETO: CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA, ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA DESDE EL EJE DE CONOCIMIENTO EN SALUD PÚBLICA Y SOBERANÍA SANITARIA DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA - PDSP 2022 - 2031, PARA EL APOYO Y FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA EN PROCESOS DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA EN EL MUNICIPIO DE ORTEGA TOLIMA.

FECHA DE INICIO: 17 DE AGOSTO DE 2024

FECHA DE TERMINACIÓN: 29 DE DICIEMBRE DE 2024

VALOR: QUINCE MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($15.750.000.00) MCTE

PLAZO: CUATRO (4) MESES Y QUINCE (15) DIAS

ACTIVIDADES DESEMPEÑADAS:

1. Apoyar la secretaria de Salud Municipal en la coordinación del sistema de vigilancia en salud pública SIVIGILA y la red de vigilancia en salud pública Municipal.
2. Apoyar en la actualización del análisis de situación en salud municipal (ASIS).
3. Apoyar la secretaria de Salud Municipal en la caracterización de la red de vigilancia en salud pública a nivel municipal (UNM, UPGD y UI) y en la búsqueda de potenciales operadores (UPGD, UI).
4. Apoyar la coordinación, asignación y seguimiento las investigaciones epidemiológicas de campo (visitas de campo) de eventos de interés en salud pública.
5. Apoyar en la verificación de la calidad del dato de las fichas de notificación de los eventos de interés en salud pública.
6. Apoyar la realización de asistencia técnica en el componente de vigilancia en salud pública y socialización de lineamiento y protocolos de eventos de interés en salud pública a las UPGD, UNM, EAPB.

Powered by CamScanner

7. Apoyar la programación y operativización de los comités de vigilancia epidemiológica – COVE - COVECOM y estadísticas vitales EEVV.
8. Realizar con el apoyo de las gestoras de salud los seguimientos, investigaciones epidemiológicas de campo y análisis de los eventos de interés en salud pública asignados por el Epidemiólogo de la Dirección Administrativa de Salud desde el componente inmunoprevenibles (EAPV, Tos Ferina, Parálisis Flácida, Difteria, Fiebre Amarilla, Meningitis, Parálisis Flácida Aguda, Parotiditis, Sarampión, Rubeola, Tétanos, Varicela, Tuberculosis, ESI – IRAG, IRAGI, Lepra).
9. Apoyar en el monitoreo y seguimiento a la realización y entrega de búsquedas activas institucionales (BAI) por parte de las UPGD y UI caracterizadas en el municipio.
10. Apoyar en el seguimiento a los silencios epidemiológicos en la notificación de eventos de interés en salud pública por parte de las UPGD y UI.
11. Apoyar la realización de unidades de análisis de los casos de mortalidad evitable de acuerdo con los lineamientos y protocolos de los eventos de interés en salud pública.
12. Apoyar la preparación y generación de indicadores y situaciones epidemiológicas de los eventos de interés en salud pública y estadísticas vitales del municipio cuando así se requiera.
13. Apoyar en la realización mensual del boletín epidemiológico de la situación de los eventos de interés en salud pública a nivel municipal.
14. Apoyar la atención e investigación de brotes, epidemias y pandemias de eventos de interés en salud publica en el municipio.
15. Apoyar técnicamente al equipo de salud pública y vigilancia en salud publica cuando así se requiera.
16. Apoyar en la actualización de información desde vigilancia en salud pública que requiera la secretaria de Salud Municipal.
17. Establecer las relaciones de coordinación, asesoría e información con las directivas y coordinadores de los programas en Salud Publica, demás equipo institucional, UPGDS y aseguradoras cuando lo requieran.
18. Asistir en forma directa y/o virtual a las diferentes reuniones, eventos técnicos, teleconferencias relacionadas con Vigilancia en salud pública programados y/o asignados
19. Actualizar el directorio institucional de respuesta inmediata y ante un evento de contingencia epidemiológica
20. Realizar la tabulación, consolidación, elaboración y entrega de informes de actividades realizadas por el equipo de Vigilancia en salud pública
21. Apoyar la organización de la información según la ley general de archivo y mantener la confidencialidad de los componentes de su competencia.

La presente constancia se expide a solicitud del interesado.

Dado en la Secretaría General y de Gobierno Municipal de Ortega Tolima, a los dos (2) días del mes de enero de dos mil veinticinco (2025).

SERGIO ANDRÉS RAMÍREZ DUCUARA
Secretario General y de Gobierno

Revisó: Dr. Sergio Andrés Ramirez Ducuara
Transcriptor: Ruby Cecilia Oyuela Angarita, Aux. Administrativo

Powered by CamScanner

Alcaldía Municipal de
ORTEGA

EL SECRETARIO GENERAL Y DE GOBIERNO MUNICIPAL DE ORTEGA TOLIMA

HACE CONSTAR

Que revisado los acervos documentales que reposan en custodia de la oficina de contratación correspondiente a la vigencia 2025, se evidenció el contrato ejecutado por la señora **JULY MAGALI RIOS HERNANDEZ**, identificada con la cédula de ciudadanía N° 1.110.477.311 y la Administración Municipal así:

CONTRATO: CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES N° 047 DE 2025

PROCESO: CPSP – 047 -2025

FECHA: 17 DE ENERO DE 2025

OBJETO: CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UN ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGIA, PARA EL FORTALECIMIENTO DEL EQUIPO DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA DE LA SECRETARIA DE SERVICIO SOCIAL DEL MUNICIPIO DE ORTEGA TOLIMA

FECHA DE INICIO: 17 DE ENERO DE 2025

FECHA DE TERMINACION: 16 DE ABRIL DE 2025

VALOR: DIEZ MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($10.500.000,oo) M/CTE

PLAZO: NOVENTA (90) DIAS.

La presente constancia se expide a solicitud del interesado.

Dado en la Secretaria General y de Gobierno Municipal de Ortega Tolima, a los Veinticuatro (24) días del mes de Abril de dos mil veinticinco (2025).

SERGIO ANDRÉS RAMÍREZ DUCUARA
Secretario General y de Gobierno

Transcriptor: Doris Bermúdez S, Aux. Administrativo

Revisó: Dr. Sergio Andrés Ramírez Ducuara, Secretario General y Gob.

110

Ortega Tolima, 10 de enero de 2026

EL SECRETARIO GENERAL Y DE GOBIERNO MUNICIPAL DE ORTEGA TOLIMA

HACE CONSTAR

Que revisado los acervos documentales que reposan en custodia de la oficina de contratación correspondiente a la vigencia 2025, se evidenció el contrato ejecutado por la señora **JULY MAGALI RIOS HERNÁNDEZ,** identificada con la cédula de ciudadanía N° 1.110.477.311 y la Administración Municipal así:

CONTRATO: CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES N° 147 2025
FECHA DE INICIO: 25 DE ABRIL DE 2025
OBJETO: CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UN ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGIA, PARA EL FORTALECIMIENTO DEL EQUIPO DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA DE LA SECRETARIA DE SERVICIO SOCIAL DEL MUNICIPIO DE ORTEGA TOLIMA.
VALOR: VEINTIOCHO MILLONES DE PESOS ($28.000.000,oo) M/CTE
PLAZO: SIETE (7) MESES, CONTADOS A PARTIR DEL ACTA DE INICIO.
PRORROGA 01: TREINTA Y CUATRO (34) DIAS CALENDARIO
ADICION 01 VALOR: CUATRO MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS ($4.533.333,oo) M/CTE.
FECHA DE TERMINACION: 24 DE DICIEMBRE DE 2025

ACTIVIDADES REALIZADAS

1. Apoyar la secretaria de Salud Municipal en la coordinación del sistema de vigilancia en salud pública SIVIGILA y la red de vigilancia en salud pública Municipal.

2.Apoyar en la actualización del análisis de situación en salud municipal (ASIS).

3. Apoyar la secretaria de Salud Municipal en la caracterización de la red de vigilancia en salud pública a nivel municipal (UNM, UPGD y UI) y en la búsqueda de potenciales operadores (UPGD, UI).

4.Apoyar la coordinación, asignación y seguimiento las investigaciones epidemiológicas de campo (visitas de campo) de eventos de interés en salud pública.

5. Apoyar en la verificación de la calidad del dato de las fichas de notificación de los eventos de interés en salud pública.

6.Apoyar la realización de asistencia técnica en el componente de vigilancia en salud pública y socialización de lineamiento y protocolos de eventos de interés en salud pública a las UPGD, UNM, EAPB.

7.Apoyar la programación y operativización de los comités de vigilancia epidemiológica - COVE - COVECOM y estadísticas vitales EEVV.

8.Realizar con el apoyo de las gestoras de salud los seguimientos, investigaciones epidemiológicas de campo y análisis de los eventos de interés en salud pública asignados por el Epidemiólogo de la Dirección Administrativa de Salud desde el componente inmunoprevenibles (EAPV, Tos Ferina, Parálisis Flácida, Difteria, Fiebre Amarilla, Meningitis, Parálisis Flácida Aguda, Parotiditis, Sarampión, Rubeola, Tétanos, Varicela, Tuberculosis, ESI – IRAG, IRAGI, Lepra).

9.Apoyar en el monitoreo y seguimiento a la realización y entrega de búsquedas activas institucionales (BAI) por parte de las UPGD y UI caracterizadas en el municipio.

10.Apoyar en el seguimiento a los silencios epidemiológicos en la notificación de eventos de interés en salud pública por parte de las UPGD y UI.

11.Apoyar la realización de unidades de análisis de los casos de mortalidad evitable de acuerdo con los lineamientos y protocolos de los eventos de interés en salud pública.

12.Apoyar la preparación y generación de indicadores y situaciones epidemiológicas de los eventos de interés en salud pública y estadísticas vitales del municipio cuando así se requiera.
13.Apoyar en la realización mensual del boletín epidemiológico de la situación de los eventos de interés en salud pública a nivel municipal.

14. Apoyar la atención e investigación de brotes, epidemias y pandemias de eventos de interés en salud publica en el municipio.

15. Apoyar técnicamente al equipo de salud pública y vigilancia en salud publica cuando así se requiera.

16.Apoyar en la actualización de información desde vigilancia en salud pública que requiera la secretaria de Salud Municipal.

17.Establecer las relaciones de coordinación, asesoría e información con las directivas y coordinadores de los programas en Salud Publica, demás equipo institucional, UPGDS y aseguradoras cuando lo requieran.

18.Asistir en forma directa y/o virtual a las diferentes reuniones, eventos técnicos, teleconferencias relacionadas con Vigilancia en salud pública programados y/o asignados

19. Actualizar el directorio institucional de respuesta inmediata y ante un evento de contingencia epidemiológica.

20.Realizar la tabulación, consolidación, elaboración y entrega de informes de actividades realizadas por el equipo de Vigilancia en salud pública.

21.Apoyar la organización de la información según la ley general de archivo y mantener la confidencialidad de los componentes de su competencia.

Dado en la Secretaría General y de Gobierno Municipal de Ortega Tolima, a los diez (10) días del mes de enero de dos mil veintiséis (2026).

SERGIO ANDRÉS RAMÍREZ DUCUARA

Transcriptor: Doris Bermúdez – Aux. Administrativo SGG

Revisó: Dr. Sergio Andrés Ramírez Ducuara, Secretario General y Gob

EL SUSCRITO SECRETARIO DE GOBIERNO MUNICIPAL DE SAN LUIS TOLIMA

CERTIFICA

Que la señora **July Magali Ríos Hernández,** identificada con cedula de ciudadanía N° **1.110.477.311** de Ibagué Tolima, presto sus servicios a la administración Municipal de San Luis Tolima, mediante los siguientes contratos de prestación de servicio en el año 2025:

No. Contrato	Objeto	Valor	Fecha Inicio	Fecha Terminación
016	Prestación de servicios de Especialista en epidemiologia como apoyo a la secretaria de salud y educación municipal para realizar acciones de inspección, vigilancia y control en salud pública, el análisis y toma de decisiones frente a eventos de interés en salud pública y acompañar a la secretaria durante la construcción, seguimiento, cargue y evaluación de procesos en salud pública	$7.000.000	03/02/2025	03/04/2025

La presente certificación se expide en la secretaria de Gobierno a los (10) dias del mes de abril del 2025.

JULIO CESAR SALGAR OLIVERA
Secretario de Gobierno Municipal

EL SUSCRITO SECRETARIO DE GOBIERNO MUNICIPAL DE SAN LUIS TOLIMA

CERTIFICA

Que la señora **July Magali Ríos Hernández,** identificada con cedula de ciudadanía N° **1.110.477.311** de Ibagué Tolima, presto sus servicios a la administración Municipal de San Luis Tolima, mediante los siguientes contratos de prestación de servicio en el año 2025:

No. Contrato	Objeto	Valor	Fecha Inicio	Fecha Terminación
159	Prestación de servicios de Especialista en epidemiologia como apoyo a la secretaria de salud y educación municipal para realizar acciones de inspección, vigilancia y control en salud pública, el análisis y toma de decisiones frente a eventos de interés en salud pública y acompañar a la secretaria durante la construcción, seguimiento, cargue y evaluación de procesos en salud pública	$7.400.000	17/10/2025	15/12/2025

Obligaciones contractuales ejecutadas:

1. Apoyar la secretaria de Salud Municipal en la coordinación del sistema de vigilancia en salud pública SIVIGILA y la red de vigilancia en salud pública Municipal.
2. Apoyar la secretaria de Salud Municipal en la caracterización de la red de vigilancia en salud pública a nivel municipal (UNM, UPGD y U)I y en la búsqueda de potenciales operadores.
3. Apoyar la coordinación, asignación y seguimiento a las investigaciones epidemiológicas de campo (visitas de campo) de eventos de interés en salud pública.
4. Apoyar en la verificación de la calidad del dato de las fichas de notificación de los eventos de interés en salud pública.

5. Apoyar la realización de asistencia técnica en el componente de vigiancia en salud pública y socialización de lineamiento y protocolos de eventos de interés en salud pública a las UPGD, UNM, EAPB.
6. Apoyar la programación y operativización de los comités de vigilancia epidemiológica - COVE - COVECOM y estadísticas vitales EEW.
7. Realizar con el apoyo de las gestoras de salud los seguimientos, investigaciones epidemiológicas de campo y análisis de los eventos de interés en salud pública asignados por el Epidemiólogo de la Dirección Administrativa de Salud
8. Apoyar en el monitoreo y seguimiento a la realización y entrega de búsquedas activas institucionales (BAI) por parte de las UPGD y UI caracterizadas en el municipio.
9. Apoyar en el seguimiento a los silencios epidemiológicos de la notificación de eventos de interés en salud pública por parte de las UPGD y UI.
10. Apoyar la realización de unidades de análisis de los casos de mortalidad evitable de acuerdo con los lineamientos y protocolos de los eventos de interés en salud pública.
11. Apoyar la preparación y generación de indicadores y situaciones epidemiológicas de los eventos de interés en salud pública y estadísticas vitales del municipio cuando así se requiera.
12. Apoyar en la realización mensual del boletín epidemiológico de la situación de los eventos de interés en salud pública a nivel municipal.
13. Apoyar la atención e investigación de brotes, epidemias y pandemias de eventos de interés en salud publica en el municipio.
14. Establecer las relaciones de coordinación, asesoría e información con las directivas y coordinadores de los programas en Salud Publica, y demás equipo institucional, UPGDS y aseguradoras cuando lo requieran.

La presente certificación se expide en la secretaria de Gobierno a los (06) días del mes de enero del 2026.

JULIO CESAR SALGAR OLIVERA
Secretario de Gobierno Municipal

Carné Digital de Vacunación Colombia

Salud

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: cb52add-1185-4cce-b76-0b6b548061c

Nombres y apellidos / Full name: JULY MAGALI RIOS HERNANDEZ

Tipo de identificación / ID Type: CÉDULA DE CIUDADANÍA

Numero de identificación / ID Number: 1 1 1 0 4 7 7 3 1 1

Fecha de nacimiento / Date of birth: 10/10/1988

País nacimiento / Country of birth: COLOMBIA

Numero de contacto (movil) / Phone number: 3134085414

Correo electrónico / e-mail: magita-88@hotmail.com

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio	Número de Lote	IPS Vacunadora	Nombres y apellidos del vacunador
Vaccine	Doses	Dia / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratory	Vaccine Batch	Administering Center	Full name Vaccinator
VPH	Segunda	7	9	2012		no refiere	hospital san francisco	hospital san francisco
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	16	9	2020		V50220014	SAN LUIS ESE HOSPITAL SERAFIN	Liliana Guzman Oyuela
Fiebre Amarilla	Única	21	11	2020		R3C541V	SAN LUIS ESE HOSPITAL SERAFIN	Liliana Guzman Oyuela
Hepatitis B Adultos Particular	Refuerzo	26	3	2021		UFX19015	IBAGUE PREVEINMUNE E.U.	Lady Bianey Leon Murillo
COVID SINOVAC	Primera	11	5	2021	Sinovac	C202104056	MELGAR ESE CENTRAL DE URGENCIAS LOUIS PASTEUR	OLGA YANET VARGAS ZACIPA
COVID SINOVAC	Segunda	8	6	2021	Sinovac	202104004N	MELGAR ESE CENTRAL DE URGENCIAS LOUIS PASTEUR	NATALIA RUBIO HERRERA
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	13	12	2021	SEQIRUS	P100312112	EPS SANITAS	LUISA FERNANDA CAICEDO LOMBANA
TD Adulto	Primera	13	12	2021	Serum	2339X026A	EPS SANITAS	LUISA FERNANDA CAICEDO LOMBANA
COVID PFIZER	Primer Refuerzo	3	1	2022	PFIZER	FM2953	SAN LUIS ESE HOSPITAL SERAFIN MONTAÑA CUELLAR	MONICA JULIETH PARRA CANIZALES
TdaP Acelular Gestante	Anual	28	2	2022	Glaxo SmithKline	AC37B390CC	EPS SANITAS	LUISA FERNANDA CAICEDO LOMBANA
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	17	12	2022	Green Cross	V50222014	SAN LUIS ESE HOSPITAL SERAFIN MONTAÑA CUELLAR	LILIANA GUZMAN OYUELA
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	27	11	2023	BUTANTAN	230049	SAN LUIS ESE HOSPITAL SERAFIN MONTAÑA CUELLAR	LILIANA GUZMAN OYUELA
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	28	9	2024	Green Cross	V50524003	SAN LUIS ESE HOSPITAL SERAFIN MONTAÑA CUELLAR	MARIA GUERRERO
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	24	1	2026		P100790804	SAN LUIS ESE HOSPITAL SERAFIN MONTAÑA CUELLAR	LILIANA GUZMAN OYUELA

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información **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.

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: JULY MAGALI

Apellidos: RIOS HERNANDEZ

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro cuál:

No. 1110477311

Fecha de nacimiento: Día 10 Mes 10 Año 1988

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.

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO.

GOBIERNO DE COLOMBIA

MINSALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: July Magali

Apellidos: Rios Hernandez

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1110477311

Fecha de Nacimiento: Día. 10 Mes. 10 Año 1988

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	11-05-21	SINO UAC.	202104056	COLP Melgar.	Natalia Robio	1.106.849.012.
	2	08-06-21	SINO UAC.	202104004YN	COLP Melgar	Natalia Robio	1106854012.
		03-01-2022	PFIZER.	FM 2963			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Fiebre amarilla	Única	21-11-20	sanofi pasteur. R3F881V	Liliana G
Toxoide Tetánico Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
VPH	1			
	2			
	3			
Anti rábica	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Influenza	Anual	13-01-21	13884	Pedro
Otras		16-09-20	Green Cross USO2001H	Liliana G
		17-12-22	Green Cross VS022D1M	Liliana Gutierrez

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

TANIA SALUD
CENTRO DE VACUNACIÓN
NIT.900174965-3
CODIGO DE PRESTADOR 110011779801

CENTRO DE VACUNACIÓN:

NOMBRE: JOLY MADELI RIOS H.
DOCUMENTO: 1110477311
TELÉFONO: 3133520076 - 2490076

VACUNA	DOSIS REFUERZO	LOTE	FECHA APLICACION	FIRMA VACUNADOR
HEPATITIS B	1a. DOSIS			
	2a. DOSIS			
	3a. DOSIS			
	4a. DOSIS	2061106	31 AGO. 2009	OMAIRA BRAVO 52.790.346
HEPATITIS A	1a. DOSIS			
	2a. DOSIS			

VACUNA	DOSIS REFUERZO	LOTE	FECHA APLICACION	FIRMA VACUNADOR
TETANICO DIFTERICO	1a. DOSIS			
	2a. DOSIS			
	3a. DOSIS	EX10802	31 AGO. 2009	OMAIRA BRAVO 52.790.346
	4a. DOSIS	Fa Hante 25/II-(203)2012		
	REFUERZO	25 FEB. 2011		TANIA SALUD NIT. 900.174.965-3
TRIPLE VIRAL	1a. DOSIS	DS662-23	31 AGO. 2009	OMAIRA BRAVO 52.790.346
	2a. DOSIS	ES912	25 FEB. 2011	TANIA SALUD NIT. 900.174.965-3

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	5.08.07	EU932-X	
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	13.05.07	EU405122	
	2	4-X-07	E040512-D	
	3	31 AGO. 2009	EX0802	OMAIRA BRAVO 52.790.346
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	16.8.07	UVX05018	
	2	4X-07	UVX05018	
	3	24.10.08	Reg. San.: RS-071169-01 Ref.: 6043-1	OMAIRA BRAVO 52.790.346

31 AGO. 2009 2061106

TANIA SALUD CENTRO DE VACUNACIÓN

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Otras	TV 31 AGO. 2009	DS662-23		OMAIRA BRAVO 52.790.346

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	GRIPA	15/07/14	1410401	Clínica La Colina Vacunación
Virus de Papiloma Humano				

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 *

1110477311

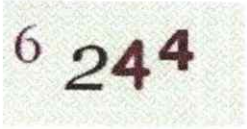
Primer Nombre

JULY

Primer Apellido

RIOS

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

2134

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2026-01-26→12:13:23 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:
CC	1110477311	JULY	MAGALI	RIOS	HERNANDEZ	Vigente

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) JULY MAGALI RIOS HERNANDEZ identificado(a) con CC 1110477311 registra La siguiente información:

2026-01-26→12:13:23 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Enfermería	2014-08-08		ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA - ANEC
UNV	Local	Enfermería	2014-06-17	7400	DTS SECRETARIA

					DISTRITAL DE SALUD
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2007-07-30	3638	DTS SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

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

SISPRO

Dirección:
Carrera 13 # 32-76 (piso 1)
Cundinamarca, Bogotá D.C.
Código Postal: 110311

Horario de atención:
Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Contacto

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

Términos y condiciones

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

1.110.477.311

RIOS HERNANDEZ

JULY MAGALI





FECHA DE NACIMIENTO 10-OCT-1988
SAN LUIS
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.47 B+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

27-OCT-2006 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

REPUBLICA DE COLOMBIA
REGISTRO UNICO NACIONAL DE ENFERMERIA
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia ANEC



NOMBRES JULY MAGALI
APELLIDOS RIOS HERNANDEZ
C.C. 1.110.477.311 IBAGUE
UNIVERSIDAD FUND. UNIV. DEL AREA ANDINA
RUN No. 39903
Fecha de Expedición 08/AGOSTO/2014

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14971927391

(415)7707212489984(8020) 000001497192739 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 1 1 0 4 7 7 3 1 1	3	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 1 1 0 4 7 7 3 1 1	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RIOS	HERNANDEZ	JULY	MAGALI

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Tolima 7 3	San Luis 6 7 8

41. Dirección principal: MZ 4 CA 8 BRR SAN PABLO

42. Correo electrónico: magita-88@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 1 2 4 5 8 8 7 8	3 2 0 3 3 0 0 4 9 7

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 1 0 0 2 2 6	0 1 2 1	2 0 2 3 0 8 0 3	8 5 6 0				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 4 9																									

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

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 RIOS HERNANDEZ JULY MAGALI

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

VLADIMIR ANTONIO FERREIRA OLANO
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA
Código de Salud Departamental N° 733-190-3161
Calle 6 No. 7 - 43 GUAMO

CONCEPTO OCUPACIONAL

TIPO DOCUMENTO: CC

NÚMERO DOCUMENTO: 1.110.477.311

PRIMER NOMBRE: JULY

EDAD: 37 AÑOS

SEGUNDO NOMBRE: MAGALI

PRIMER APELLIDO: RIOS

SEGUNDO APELLIDO: HERNANDEZ

FECHA DE NACIMIENTO: 10 /10 / 1988

SEXO: FEMENINO

TELEFONO: 3112458878

DIRECCION: MZ 4 CASA 8 BARRIO SAN PABLO

MUNICIPIO: SAN LUIS TOLIMA

GRADO ESCOLARIDAD: PROFESIONAL

PROFESION: ENFERMERA - EPIDEMIOLOGA

EMPRESA: PARTICULAR

CARGO: VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA

FACTORES DE RIESGO: Locativos en su área de trabajo, posturas extensas y prolongadas.

TIPO DE HISTORIA CLÍNICA: INGRESO

EXÁMENES COMPLEMENTARIO Y RESULTADOS: Examen con énfasis osteomuscular normal.

CONCEPTO DE APTITUD: APTA PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES ALGUNAS.

OBSERVACIONES: Luego de evaluación médica completa se considera apto para el cargo de **VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA** sin restricción alguna. Control anual con optometría.

CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES: Cumplir las normas definidas por el sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo de la empresa para el cargo, pausas activas mínimo 5 minutos cada hora durante la jornada laboral, mantener buenos y adecuados hábitos de higiene postural. uso permanente de elementos de protección personal de acuerdo al riesgo y a la actividad laboral definida.

fecha consulta: 06/01/2026

firma del profesional:

firma del paciente:

VLADIMIR ANTONIO FERREIRA OLANO
MEDICO GENERAL 4521
MEDICO OCUPACIONAL / CALIFICADOR PCL
Reg. Profesional: 2806 / Cód. REPS 733190316

NOTA: PARA VALIDEZ DE ESTE CERFIFICADO PUEDE COMUNICARSE AL TELEFONO 3002343099.

Powered by CamScanner

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

IBAGUE, TOLIMA, **07/01/2026**
COLOMBIA,
A quien interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor JULY MAGALI RIOS HERNANDEZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **1110477311**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**0570168770087604**
Fecha de apertura	**10/12/2021**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2026-01-29 11:42

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
JULY	MAGALI	RIOS	HERNANDEZ

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1110477311

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	TOLIMA	Municipio	SAN LUIS

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	TOLIMA	Municipio	SAN LUIS

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	HOSPITAL SAN JOSE - ORTEGA

Lugar de sede					
País	COLOMBIA	Departamento	TOLIMA	Municipio	ORTEGA
Dirección	["CALLE 6 No. 3-25 ORTEGA TOLIMA"]				
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA				

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$89.564.133,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$89.564.133,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$1.200.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
MOTOCICLETA	COLOMBIA	TOLIMA	SAN LUIS	$6.500.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
TARJETA CREDITO	$1.000.000,00
CREDITO ROTATIVO	$800.000,00
CREDITO LIBRE INVERSION	$18.200.000,00
CREDITO LIBRE INVERSION B/NU	$4.000.000,00
CREDITO ADDI	$600.000,00

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [X] 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 [X]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
JORGE	EDUARDO	ROJAS	ACOSTA

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 14297335

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que July Magali Rios Hernandez, identificado(a) con CC número 1110477311, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1110477311
NOMBRES Y APELLIDOS	July Magali Rios Hernandez
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	10/10/1988
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/04/2021
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/01/2024
NIVEL SISBEN	1
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1110477311 JULY MAGALI RIOS HERNANDEZ Desde 05/02/2024 - Vigente

Generado por interfaces

26/02/2026

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

JULY MAGALI RIOS HERNANDEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.110.477.311**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 26 de Febrero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 292014211

PIB
04:58:25

Bogotá DC, 26 de febrero 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) JULY MAGALI RIOS HERNANDEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1110477311:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 26 de febrero de 2026, a las 04:59:46, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1110477311
Código de Verificación	111047731126022604594 6

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 04:51:12 AM horas del 26/02/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1110477311**

Apellidos y Nombres: **RIOS HERNANDEZ JULY MAGALI**

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

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 26/02/2026 05:02:36 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1110477311** y Nombre: **JULY MAGALI RIOS HERNANDEZ.**

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. **135484096** . 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 04:57:06 horas del 26/02/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1110477311,** Apellidos y Nombres **RIOS HERNANDEZ JULY MAGALI**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HOSPITAL SAN JOSE**, con NIT **890700967-1** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1110477311 **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 26/02/2026 07:46 AM

Código Verificación: **RGAVPLMF96**

Válida hasta: **27/05/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

HACE CONSTAR QUE

La enfermera **JULY MAGALI RIOS HERNÁNDEZ** identificada con la cédula de ciudadanía número 1.110.477.311, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

El presente certificado tiene una vigencia de seis (6) meses contados desde la fecha de su expedición.

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los dieciséis (16) días del mes de enero del año dos mil veintiséis (2026).

Cordialmente,

EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

NOTA: El correo electrónico actual del Tribunal Nacional Ético de Enfermería para los certificados es trienfercertificado@gmail.com y para la información en general es trienfer@gmail.com

Educación

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Salud

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

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

Certifica

July Magali Rios Hernández

CC 1110477311 de Ibagué Tolima

Realizó y aprobó el Curso en Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia con un total de 40 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-01-20
Fecha de vencimiento: 2028-01-20

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermeria
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Salud

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

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

Certifica

July Magali Rios Hernández

CC 1110477311 de Ibagué Tolima

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

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-01-15
Fecha de vencimiento: 2028-01-15

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Salud

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

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

Certifica

July Magali Rios Hernández

CC 1110477311 de Ibagué Tolima

Realizó y aprobó el Diplomado en Soporte Vital Avanzado RCCP (ACLS) con un total de 120 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-01-17
Fecha de vencimiento: 2028-01-17

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Salud

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

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

Certifica

July Magali Rios Hernández

CC 1110477311 de Ibagué Tolima

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

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-01-20
Fecha de vencimiento: 2028-01-20

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Salud

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

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

Certifica

July Magali Rios Hernández

CC 1110477311 de Ibagué Tolima

Realizó y aprobó el Curso en Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos Resolución 3100 de 2019
con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-01-28
Fecha de vencimiento: 2028-01-28

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Salud

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

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

Certifica

July Magali Rios Hernández

CC 1110477311 de Ibagué Tolima

Realizó y aprobó el Curso en Manejo de Pruebas en Punto de Atención del Paciente Point of Care Testing (POCT)
con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-01-13
Fecha de vencimiento: 2028-01-13

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Salud

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

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

Certifica

July Magali Rios Hernández

CC 1110477311 de Ibagué Tolima

Realizó y aprobó el Curso de Toma de Muestras de Laboratorio con un total de 60 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-01-26
Fecha de vencimiento: 2028-01-26

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Salud

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

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

Certifica

July Magali Rios Hernández

CC 1110477311 de Ibagué Tolima

Realizó y aprobó el Curso en la Toma de Muestras de Citología Cervicouterina con un total de 60 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-01-26
Fecha de vencimiento: 2028-01-26

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

Salud

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

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

Certifica

July Magali Rios Hernández

CC 1110477311 de Ibagué Tolima

Realizó y aprobó el Curso en Administración de inmunobiológicos con un total de 60 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-01-27
Fecha de vencimiento: 2028-01-27

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

b90fa243-59c3-43ba-8be5-fbc2373a159e

Certificado de Participação

A Organização Pan-Americana da Saúde

certifica que:

JULY MAGALI RIOS HERNANDEZ

participou e foi aprovado (a) no Curso:

Curso de auto-aprendizagem: Diagnóstico clínico e manejo da dengue

Oferecido pelo Campus Virtual de Saúde Pública

Carga horária: 20 - Percentagem de aprovação: 80,47 %

29 de janeiro de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

OPAS
CAMPUS VIRTUAL DE SAUDE PUBLICA
FIU Robert Stempel College of Public Health & Social Work
Florida International University

*A autenticidade deste certificado pode ser consultada em: https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=b90fa243-59c3-43ba-8be5-fbc2373a159e

bc44005e-70c4-4c9e-a12d-1e4f4b6d14a9

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

JULY MAGALI RIOS HERNANDEZ

ha participado en el:

Curso Virtual de Eliminación de Malaria

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 25

4 de febrero de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las Américas

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=bc44005e-70c4-4c9e-a12d-1e4f4b6d14a9

Educación

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Salud

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

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

Certifica

July Magali Rios Hernández

CC 1110477311 de Ibagué Tolima

Realizó y aprobó el Diplomado en Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI Clínico
con un total de 120 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-01-25
Fecha de vencimiento: 2028-01-25

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

MISION MEDICA

Cruz Roja Colombiana

La Cruz Roja Colombiana hace constar que

JULY MAGALI RIOS HERNANDEZ

Documento No. 1110477311

Participó en el Taller de Sensibilización sobre

MISIÓN MÉDICA

Realizado en la ciudad de Ibagué – Tolima, el día 5 de agosto de 2025
con una intensidad de seis (6) horas

Esta constancia fue generada en la ciudad de Bogotá DC – Colombia, el 9 de agosto de 2025

Carlos Andrés Marulanda Lenis. RN; MG.
Coordinador Nacional Programa Misión Médica
Cruz Roja Colombiana

EGIS
EQUIPO DE GESTIÓN INTEGRAL EN SALUD

Educación

Salud

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

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

Certifica

July Magali Rios Hernández

CC 1110477311 de Ibagué Tolima

Realizó y aprobó el Curso Básico Examen Clínico De Mama
con un total de 60 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-01-29
Fecha de vencimiento: 2028-01-29

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Salud

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

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

Certifica

July Magali Rios Hernández

CC 1110477311 de Ibagué Tolima

Realizó y aprobó el Curso de Tamizaje de Prueba de ADN Y VPH con un total de 120 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-01-29
Fecha de vencimiento: 2028-01-29

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

CERTIFICACIÓN DE NO INHABILIDADES, INCOMPATIBILIDADES Y PROHIBICIONES PARA CONTRATAR

El suscrito Judy Magali Ruiz Hernandez., identificado con la cedula de ciudadanía No. 1.110477.311, declaro bajo la gravedad de juramento que:

1. Conozco las causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con las Entidades Estatales de conformidad con la constitución Política de Colombia, la Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007, Ley 1437 de 2011, Ley 1474 de 2011, la Ley 1952 de 2019 y demás normas sobre la materia; así como las sanciones establecidas por transgresión a las misma en el artículo 09 del Estatuto de Contratación del Hospital San José de Ortega E.S.E.

2. Que no me encuentro incurso en causal de inhabilidad, incompatibilidad y prohibición alguna para celebrar contratos con el Hospital San José de Ortega E.S.E.

Sin perjuicio de lo anterior sírvase dar respuesta a las siguientes preguntas **(aplica para los representantes legales de una persona jurídica y para las personas naturales)**:

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD	SI	NO
¿Ha participado en licitaciones, concursos o ha celebrado contratos con el Estado estando incurso en alguna inhabilidad?		X
¿Ha sido sancionado con la declaratoria de caducidad?		X
¿Ha sido sancionado mediante sentencia judicial a la pena de interdicción de derechos y funciones públicas o ha sido sancionado con la destitución?		X
¿Ostenta la calidad de servidor público?		X
¿soy el/la cónyuge, compañero o compañera permanente de servidor público en los niveles directivo, asesor, ejecutivo, o de un miembro de la junta o consejo directivo, o de quien ejerza funciones de control interno o de control fiscal en el Hospital San José de Ortega E.S. E?		X
¿ Tiene vínculos de parentesco, hasta el segundo grado de consanguinidad (Primer Grado- Padres e Hijos naturales, Segundo Grado- Abuelos, Nietos y Hermanos) , segundo de afinidad (Primer Grado- cónyuge, suegro/a (los padres de mi cónyuge), cónyuges de mis hijos/as (yernos y nueras), Cónyuge de mi padre, si no es mi madre- madrastra/ Cónyuge de mi madre, si no es mi padre- padrastro, Segundo Grado-Cónyuges de mis hermanos/as-cuñados, Abuelos/as de mi cónyuge, Cónyuges de mis nietos/as, hermanastros/as (entendiendo como hermanastro/al hijo/a del cónyuge de mi		X

Vigilado Supersalud

padre/madre con el que no comparto ningún lazo de sangre) o primero civil (Padre/madre adoptante, Hijo/a adoptado/a) con los servidores públicos de los niveles directivo, asesor ejecutivo o con los miembros de la junta o consejo directivo, o con las personas que ejerzan el control interno o fiscal del Hospital San José E.S.E ?		X
¿Ha sido declarado judicialmente responsable por la comisión de un delito, en contra de la Administración Pública o de cualquiera de los delitos y faltas que contempla la Ley 1474 de 2011, las demás normas que la modifican y reglamentan o de cualquiera de las conductas delictivas contempladas por las convenciones o tratados de lucha contra la corrupción ratificados por Colombia?		X
¿Ha financiado campañas de candidatos del nivel departamental, efectivamente elegidos, por montos superiores al 2% de las sumas máximas a invertir?		X
¿Tiene algún vínculo de parentesco, hasta del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, con algún servidor público del Hospital San de Ortega E.S. E del nivel directivo, asesor, o con las personas que ejerzan el control interno o con algún miembro de su junta directiva?		X
¿En los últimos dos años, ejerció cargos del nivel directivo en entidades del Estado o en sociedades en las cuales haya estado vinculado bajo cualquier título, que prestaran sus servicios en un sector relacionado con el objeto de la presente contratación?		X
¿Tiene algún vínculo de parentesco en el primer grado de consanguinidad, primero de afinidad, o primero civil, con alguna persona que, en los últimos dos años, ejerció cargos del nivel directivo en entidades del Estado o en sociedades en las cuales haya estado vinculado bajo cualquier título, que prestaran sus servicios en un sector relacionado con el objeto de la presente contratación?		X

De igual manera, autorizo expresamente al **Hospital San José de Ortega E.S.E**, para que consulte los listados, sistemas de información y bases de datos a los que haya lugar.

Con la firma del presente documento, me obligo a realizar todas las actividades encaminadas a asegurar que todos los proveedores, empleados, etc. y los recursos de éstos, no se encuentren relacionados o provengan, de actividades ilícitas **(sólo aplica en caso de obrar como representante legal de una persona jurídica)**.

Adicionalmente manifiesto que mi persona a la firma del presente documento no he sido sancionado por cuestiones penales, fiscales y/o disciplinarias.

Declaro que a la fecha que **SI** ☐ **NO** ☒ tengo situación(es) que pueda(n) presentar un potencial **CONFLICTO DE INTERÉSES** para el ejercicio del cargo de conformidad con lo dispuesto en la Constitución política (artículo 122) Ley 734 de 2002 artículos 54, al 88; Ley 1437 de 2011 artículos 11 y 12; Código de Procedimiento Penal

Vigilado Supersalud

artículos 56,57,58 (adicionado por el artículo 83 Ley 1395 de 2010), 59 al 65 y demás normas concordantes y complementarias).

Así mismo, declaro bajo la gravedad de juramento que **SI** ☐ **NO** ☒ tengo la condición de deudor o alimentario moroso en cumplimiento a la Ley 2097 de 2021 y Decreto Único Reglamentario 1310 de 2022, por lo tanto, anexo el Certificado del Registro de Deudores Alimentarios Morosos – REDAM.[1]

Así mismo, declaro bajo la gravedad de juramento que **SI** ☐ **NO** ☒ tengo la condición de condenados por delitos sexuales cometidos contra menores en cumplimiento a la Ley 1918 del 2018 por lo tanto, anexo el Certificado del Registro de delitos sexuales contra menores emitido por la -POLICÍA NACIONAL.[2]

De igual manera, en caso de presentarse, durante la ejecución del contrato a celebrar con el Hospital San José de Ortega E.S.E, alguna inhabilidad, incompatibilidad o conflicto de interés, me comprometo a informar de manera **inmediata** al supervisor del contrato, quien a su vez informará al área de Contratación, con el fin de adelantar el análisis de la información en aras de mitigar los riesgos de continuar la ejecución del contrato en las situaciones mencionadas.

Por último, manifiesto que tanto el registro de datos e información, así como todos los documentos aportados para la suscripción del contrato, son auténticos, no han sido alterados y contienen información veraz.

Dado en el Municipio de Ortega Tolima, a los 27 días del mes de febrero 2026

Nombre completo y firma CC. 1102477.311.
Representante Legal **(si aplica)**
Empresa y NIT. **(si aplica)**

Vigilado Supersalud

[1] Certificado generado a través del link www.redam.gov.co

[2] Certificado generado a través del link https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/

	HOSPITAL SAN JOSE ESE SALUD PARA TODOS ORTEGA TOLIMA NIT. 890.700.967-1		Código: GE-FO-15
	ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD		Versión: 01 Fecha: 04/11/2025

DATOS DEL FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA

NOMBRE Y APELLIDOS:	Joly Magali Ruiz Hernandez.
CEDULA:	1.110.4197.311.
CARGO:	Profesional area de la Salud.
DIRECCION:	San Luis Tolima.
TELEFONO:	3112458878
CORREO ELECTRONICO:	magita-88@hotmail.com.

CLAUSULAS

PRIMERA. El FUNCIONARIO y/o CONTRATISTA se obliga a no divulgar a terceros toda la información, que reciba por parte del Hospital San José de Ortega E.S.E. para el desarrollo de sus actividades y obligaciones contractuales, y a darle a dicha información el mismo tratamiento que le darían a la información de su propiedad. Para efectos del presente acuerdo la información a que se refiere el presente acuerdo comprende toda la información divulgada por el Hospital San José de Ortega E.S.E. ya sea en forma oral, visual, escrita, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible y/ intangible.

PARAGRAFO. El funcionario y/o contratista no podrá extraer información de las instalaciones del Hospital San José de Ortega E.S.E. sin autorización escrita y expresa del Gerente.

SEGUNDA. El FUNCIONARIO y/o CONTRATISTA se obliga a mantener de manera confidencial la información que reciba del Hospital San José de Ortega E.S.E. y a no darla a conocer a terceros sin autorización escrita y expresa del Gerente, salvo en los casos establecidos en la ley.

TERCERA. El FUNCIONARIO y/o CONTRATISTA se obliga a utilizar la Información recibida, únicamente para el desarrollo el objeto del contractual con el Hospital San José de Ortega E.S.E.

CUARTA. El FUNCIONARIO y/o CONTRATISTA se compromete a efectuar una adecuada custodia y reserva de la información y gestión -es decir tratamiento- de los datos suministrados por el Hospital San José de Ortega E.S.E. al interior de las redes y bases de datos (físicas y/o electrónicas) en donde se realice su recepción y tratamiento en general.

QUINTA. Para el caso del manejo de información que incluya datos personales, el FUNCIONARIO y/o CONTRATISTA dará estricto cumplimiento a las disposiciones constitucionales y legales sobre la protección del derecho fundamental de habeas data, en particular lo dispuesto en el artículo 15 de la Constitución Política y la Ley 1581 de 2012.

Vigilado Supersalud

SÉXTA. En caso de que el FUNCIONARIO y/o CONTRATISTA incumpla parcial o totalmente con las obligaciones establecidas en el presente acuerdo éste será responsable de los daños y perjuicios que dicho incumplimiento llegase a ocasionar al Hospital San José de Ortega E.S.E., sin perjuicio de las responsabilidades fiscales, disciplinarias y penales que ellas conlleven.

SEPTIMA. La vigencia del presente acuerdo será indefinida y permanecerá vigente mientras exista relación contractual con el Hospital San José de Ortega E.S.E., incluido la etapa de liquidación del contrato.

Se suscribe en el municipio de Ortega Tolima, el Veinte Siete (27) del mes de Febrero del año 2026.

Firma:

C.C. No. 1110477311 de Ibagué

Vigilado Supersalud

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Yo, Jdy Moboli Reus Hernandez. identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1.110.477.311 expedida en Ibagué., por medio del presente y de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Hospital San José de Ortega E.S.E, para que realice la recolección y tratamiento de mis datos personales que suministro de manera veraz y completa, los cuales serán utilizados para los diferentes aspectos relacionados con la contratación de la Entidad.

Igualmente, manifiesto que de conformidad con el artículo 56 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo - Ley 1437 de 2011 modificado por el artículo 10 de la Ley 2080 de 2021, autorizo expresamente a Hospital San José de Ortega E.S.E a remitir notificaciones electrónicas al correo electrónico registrado por el suscrito en la plataforma SECOP II.

De igual manera manifiesto que la presente autorización me fue solicitada y puesta de presente antes de entregar mis datos y que la suscribo de forma libre y voluntaria una vez leída en su totalidad.

Firma: Moboli Reus H
Nombre: Jdy Moboli Reus Hernandez
Identificación: 1110477.311
Fecha: 27/02/2026 (Fecha en que se puso de presente al titular la autorización y entregó sus datos)

Vigilado Supersalud

HOSPITAL SAN JOSE E.S.E. NIVEL I
ORTEGA TOLIMA
NIT: 890.700.967-1

FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

El (la) suscrito(a) Jdy Maycoli Rios Hernandez identificado con la cedula de ciudadanía No. 1.112477.311 expedida en Ibagué, autorizo libre, expresa e inequívocamente y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto No. 753 de 2019, al Hospital Santa José de Ortega E.S.E., identificada con el NIT 890.700.967-1, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Ortega., el día Veintisiete. (27) de Febrero de 2026.

Firma:
Nombre: Jdy Maycoli Rios Hernandez
Cédula: 1.112477.311