FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
FARFAN	ENDO	YULY ANDREA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1116663335

SEXO F (X) M ( )

NACIONALIDAD COL. (X) EXTRANJERO ( ) *PAÍS* COLOMBIA

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 08 MES 02 AÑO 1991

PAÍS COLOMBIA

DEPTO HUILA

MUNICIPIO LA PLATA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CLL 7 SUR # 8E – 115 B/SANTA ANA

PAÍS COLOMBIA DEPTO HUILA

MUNICIPIO LA PLATA

TELÉFONO 3195957689 EMAIL yfarfanendo@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											*TÍTULO OBTENIDO:*
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	X.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 12 AÑO 2005

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No.SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
TC		X		TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA	12	2007	50-8508

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
CODECIN	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
HUILA	LA PLATA	presidente@codecin.org

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3114151794	DÍA 18 MES 03 AÑO 2024	DÍA 15 MES 12 AÑO 2024

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	MODALIADAD FAMILIAR	Cra 1B # 2 - 21 Pitalito Huila

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
CORHUELLA CHAV	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
HUILA	LA PLATA	cprhuellasamorvida@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3205984949	DÍA 01 MES 10 ANO 2023	DÍA 31 MES 12 AÑO 2023

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	ATENCION AL ADULTO MAYOR	CRA 4 # 6 – 75 Pitalito Huila

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
CORHUELLA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
HUILA	LA PLATA	cprhuellasamorvida@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3205984949	DÍA 01 MES 06 AÑO 2022	DÍA 15 MES 12 AÑO 2022

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	MODALIADAD FAMILIAR	CRA 4 # 6 – 75 Pitalito Huila

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
FUNDACION SOCIAL AMOR Y VIDA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
HUILA	LA PLATA	fundaciónsocialamoryvida@g

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
8713720	DÍA 24 MES 02 AÑO 2021	DÍA 31 MES 12 AÑO 2021

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	MODALIADAD FAMILIAR	CLL 8 # 10 - 24 El altico

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
HUILA	LA PLATA	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
8338161	DÍA 01 MES 04 AÑO 2015	DÍA 30 MES 11 AÑO 2015

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	OPERATIVA	GARZON - HUILA

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL HERNANDO MONCALEANO	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
HUILA	NEIVA	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
8338161	DÍA 01 MES 10 AÑO 2012	DÍA 30 MES 12 AÑO 2014

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	OPERATIVA	GARZON - HUILA

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
E.S.E SAN SEBASTIAN	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
HUILA	LA PLATA	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
8470197	DÍA 01 MES 02 AÑO 2010	DÍA 30 MES 07 AÑO 2010

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	OPERATIVA	CRA 4 # 9 – 103 SAN RAFAEL

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

2 FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
CORHUELLAS	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
HUILA	LA ARGENTINA	cprhuellasamorvida@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3116326285 - 3124841271	DÍA 01 MES 03 AÑO 2025	DÍA 30 MES 04 AÑO 2025

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	MODALIDAD INSTITUCIONAL	CRA1B # 2-21 PITALITO

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
CORHUELLAS	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
HUILA	LA ARGENTINA	cprhuellasamorvida@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3116326285 - 3124841271	Día 01 MES 05 AÑO 2025	DÍA 31 MES 07 AÑO 2025

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	MODALIDAD INSTITUCIONAL	CRA1B # 2-21 PITALITO

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
CORHUELLAS			COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
HUILA	LA ARGENTINA	cprhuellasamorvida@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3116326285 - 3124841271	DÍA 01 MES 08 AÑO 2025	DÍA 12 MES 12 AÑO 2025

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	MODALIDAD INSTITUCIONAL	CRA1B # 2-21 PITALITO

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
CORHUELLAS	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
HUILA	LA ARGENTINA	cprhuellasamorvida@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3116326285 - 3124841271	DÍA 01 MES 03 AÑO 2025	DÍA 30 MES 04 AÑO 2025

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	MODALIDAD FAMILIAR	CRA1B # 2-21 PITALITO

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
CORHUELLAS	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
HUILA	LA ARGENTINA	cprhuellasamorvida@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3116326285 - 3124841271	DÍA 01 MES 05 AÑO 2025	DÍA 31 MES 07 AÑO 2025

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	MODALIDAD FAMILIAR	CRA1B # 2-21 PITALITO

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
CORHUELLAS	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
HUILA	LA ARGENTINA	cprhuellasamorvida@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3116326285 - 3124841271	DÍA 01 MES 08 AÑO 2025	DÍA 15 MES 11 AÑO 2025

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	MODALIDAD FAMILIAR	CRA1B # 2-21 PITALITO

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	7	1

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QU SI ◯ N0 Ⓧ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOM PATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTA CIÓN 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).



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.116.663.335

FARFAN ENDO

APELLIDOS

YULY ANDREA

NOMBRES

FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 08-FEB-1988

LA PLATA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

10-MAY-2006 TRINIDAD
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1900100-00653442-F-1116663335-20141224 0042108590A 1 7133129283

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141227459947

(415)7707212489984(8020) 000014122745994 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 1 6 6 6 3 3 3 5	9	Impuestos y Aduanas de Neiva 1 3	

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 6 6 6 3 3 3 5	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Casanare 8 5	Trinidad 4 3 0

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
FARFAN	ENDO	YULY	ANDREA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Huila 4 1	La Plata 3 9 6

41. Dirección principal: CL 9 6 55

42. Correo electrónico: yulidoctora@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 9 5 9 5 7 6 8 9	3 2 2 8 3 3 6 0 4 0

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 9	2 0 2 0 1 1 1 9	0 0 1 0	2 0 0 8 0 5 1 3	9 3 1 9			

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	5	4	9																							

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

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 FARFAN ENDO YULY ANDREA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

La República de Colombia

Y en su nombre la

Institución Educativa San Sebastián

La Plata Huila

Creada mediante Decreto No. 0705 del 30 de Julio de 2003
Resolución de Aprobación No. 003097 del 24 de Noviembre de 2000

Confiere a:

Yuly Andrea Farfan Endo

C. I. No. 880208 - 51850 La Plata H.

El Título de

Bachiller Académico

Por haber concluido el Plan de Estudios, haber alcanzado los objetivos de formación y adquirido los reconocimientos legales o reglamentariamente definidos, correspondientes al Nivel de Educación Media.

Dado en La Plata (Huila), a los 03 días del mes de Diciembre de 2005

Acta General de Graduación

No. 071 Libro 1 Folio 166 del 03 de Diciembre de 2005

RECTORIA

Esp. Gustavo Cabrera
Rector

SECRETARIA

Fanny Muñoz Perdomo
Secretaria

Powered by CamScanner

La República de Colombia
El Ministerio de Salud
La Secretaría de Educación del Meta

y en su nombre

La Escuela de Salud "San Pedro Claver"

Con autorización oficial según acuerdo ejecutivo número 004 de 1993 emanada del Ministerio de Salud.
Resolución 0789 de junio 14 de 1994 Secretaría de Educación del Meta.

Teniendo en cuenta que:

Yuly Andrea Farfán Endo

c.c. 1.116.663.335 de Trinidad Casanare.

Culminó y aprobó satisfactoriamente sus estudios y cumplió con todos los requisitos legales y reglamentarios.
le confiere el Certificado de Aptitud Ocupacional en:

Técnico Auxiliar de Enfermería

Rector(a)

DIRECCIÓN DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO DE SERVICIOS
08 JUN 2009

Secretaría

Dada en Villavicencio, 8 de diciembre de 2007

Anotada en Libro de Registro No. 2 "A" Folio No. 05

05

Powered by CamScanner
Powered by CamScanner
Powered by CamScanner

ESCUELA DE SALUD
"SAN PEDRO CLAVER"
APROBACIÒN OFICIAL
ACUERDO Nº 004 DEL 30 DE NOVIEMBRE DE 1993
RESOLUCION Nº 0780 DEL 14 DE JUNIO DE 1994

FOLIO No.: 062

Inscripción S.E.:
Inscripción M.S.:

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACION

En la ciudad de Villavicencio a los ocho (08) días del mes de Diciembre del año 2007, se reunieron, con el fin de formalizar la terminación de los estudios de los alumnos **"TECNICOS AUXILIARES DE ENFERMERIA"**, las suscritas Rectora y Secretaria en la Rectoría de la **ESCUELA DE SALUD "SAN PEDRO CLAVER"**, Institución aprobada por el MINISTERIO DE SALUD, mediante el Acuerdo Ejecutivo Nº 004 de Noviembre 30 de 1993, y por la Secretaria de Educación del Departamento del Meta, según Resolución No. 0780 de Junio 14 de 1994, y autorizada para otorgar CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL, al egresado cuyo nombre, apellidos y número de documento de identidad se relaciona a continuación:

N.	NOMBRES Y APELLIDOS	C.C. o T.I.	LUGAR DE EXPEDICION
	YULY ANDREA FARFAN ENDO	1.116.663.335	Trinidad (Casanare)

Es fiel copia tomada de su Acta Original General No. 026 de fecha 08 de Diciembre de 2007, que consta de 29 alumnos, que comienza con el nombre **ALFEREZ RIVAS ALIX RUBIELA** y se cierra con el nombre de **VARELA ROMERO LEIDY JOHANNA,** firmado y sellado por **MARINA ROBAYO DE LÓPEZ** (Rectora) y **MARIA PATRICIA LÓPEZ DE FRANCO** (Secretaria).

Dada en Villavicencio, a los ocho (08) días del mes de Diciembre de 2007.

La Rectora
C.C. Nº 21.214.263 V/cio.

La Secretaria
C.C. Nº 40.367.583 V/cio.

GOBERNACIÓN DEL META
SECRETARIA DE SALUD
Carné de Inscripción

DEPARTAMENTO DEL META



YULY ANDREA
FARFAN ENDO
C.C. 1.116.663.335
Registro No 50-8508 META

TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA

System Card

"La jefe del Departamento de Seguridad Social; Inspección, Vigilancia y Control hace constar que el portador de este carné cumplió con los requisitos legales para ejercer la profesión"

FECHA DE EXPEDICION
JULIO 2008

Gloria Ibeth Castro J

GLORIA IBETH CASTRO JIMENEZ
Jefe Departamento de Seguridad Social
Inspección, Vigilancia y Control

Powered by CamScanner
Powered by CamScanner
Powered by CamScanner

LA REPRESENTANTE LEGAL DE LA CORPORACIÓN HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA - CORHUELLAS

CERTIFICA

Que **YULY ANDREA FARFAN ENDO** identificada con cédula de ciudadanía número **1116663335 ,** estuvo vinculada como **PROFESIONAL EN SALUD Y NUTRICION** en la modalidad familiar y comunitaria -EIH en el marco de la política pública de atención integral a la primera infancia en el municipio de LA ARGENTINA, con el objetivo de potenciar el desarrollo integral de niñas y niños de primera infancia a través de los servicios de educación inicial en el marco de la atención integral, con estrategias pertinentes, oportunas y de calidad para el goce efectivo de los derechos; de conformidad con los lineamientos, el manual operativo, las directrices, parámetros y estándares establecidos por el ICBF; de acuerdo a los términos que se relacionan:

DURACION DEL CONTRATO	CALIDAD DEL SERVICIO
DESDE EL 01 DE MARZO DEL 2025 HASTA EL 30 DE ABRIL DEL 2025	Persona proactiva, creativa, responsable, habilidad de liderazgo, capacidad para trabajar en equipo, dispuesta a asumir nuevos retos y responsabilidades. Habilidad de comunicación y capacidad de adaptación al cambio.

El expide a solicitud de la parte interesada en Pitalito - Huila, a los veinte seis (26) días del mes de diciembre del 2025.

LUZ ANGELA URBANO ONATRA
REPRESENTANTE LEGAL

LA REPRESENTANTE LEGAL DE LA CORPORACIÓN HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA - CORHUELLAS

CERTIFICA

Que **YULY ANDREA FARFAN ENDO** identificada con cédula de ciudadanía número **1116663335 ,** estuvo vinculada como **PROFESIONAL EN SALUD Y NUTRICION** en la modalidad familiar y comunitaria -EIH en el marco de la política pública de atención integral a la primera infancia en el municipio de LA ARGENTINA, con el objetivo de potenciar el desarrollo integral de niñas y niños de primera infancia a través de los servicios de educación inicial en el marco de la atención integral, con estrategias pertinentes, oportunas y de calidad para el goce efectivo de los derechos; de conformidad con los lineamientos, el manual operativo, las directrices, parámetros y estándares establecidos por el ICBF; de acuerdo a los términos que se relacionan:

DURACION DEL CONTRATO	CALIDAD DEL SERVICIO
DESDE EL 01 DE MAYO DEL 2025 HASTA EL 31 DE JULIO DEL 2025	Persona proactiva, creativa, responsable, habilidad de liderazgo, capacidad para trabajar en equipo, dispuesta a asumir nuevos retos y responsabilidades. Habilidad de comunicación y capacidad de adaptación al cambio.

El expide a solicitud de la parte interesada en Pitalito - Huila, a los veinte seis (26) días del mes de diciembre del 2025.

LUZ ANGELA URBANO ONATRA
REPRESENTANTE LEGAL

Scanned with CamScanner

LA REPRESENTANTE LEGAL DE LA CORPORACIÓN HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA - CORHUELLAS

CERTIFICA

Que **YULY ANDREA FARFAN ENDO** identificada con cédula de ciudadanía número **1116663335 ,** estuvo vinculada como **PROFESIONAL EN SALUD Y NUTRICION** en la modalidad familiar y comunitaria -EIH en el marco de la política pública de atención integral a la primera infancia en el municipio de LA ARGENTINA, con el objetivo de potenciar el desarrollo integral de niñas y niños de primera infancia a través de los servicios de educación inicial en el marco de la atención integral, con estrategias pertinentes, oportunas y de calidad para el goce efectivo de los derechos; de conformidad con los lineamientos, el manual operativo, las directrices, parámetros y estándares establecidos por el ICBF; de acuerdo a los términos que se relacionan:

DURACION DEL CONTRATO	CALIDAD DEL SERVICIO
DESDE EL 1 DE AGOSTO DEL 2025 HASTA EL 15 DE NOVIEMBRE DEL 2025	Persona proactiva, creativa, responsable, habilidad de liderazgo, capacidad para trabajar en equipo, dispuesta a asumir nuevos retos y responsabilidades. Habilidad de comunicación y capacidad de adaptación al cambio.

El expide a solicitud de la parte interesada en Pitalito - Huila, a los veinte seis (26) días del mes de diciembre del 2025.

LUZ ANGELA URBANO ONATRA
REPRESENTANTE LEGAL

Scanned with CamScanner

LA REPRESENTANTE LEGAL DE LA CORPORACIÓN HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA - CORHUELLAS

CERTIFICA

Que **YULY ANDREA FARFAN ENDO** identificada con cédula de ciudadanía número 1116663335 , estuvo vinculado como **PROFESIONAL EN SALUD Y NUTRICION** en la modalidad Institucional -CDI en el marco de la política pública de atención integral a la primera infancia en el municipio de LA ARGENTINA, con el objetivo de potenciar el desarrollo integral de niñas y niños de primera infancia a través de los servicios de educación inicial en el marco de la atención integral, con estrategias pertinentes, oportunas y de calidad para el goce efectivo de los derechos; de conformidad con los lineamientos, el manual operativo, las directrices, parámetros y estándares establecidos por el ICBF; de acuerdo a los términos que se relacionan:

DURACION DEL CONTRATO	CALIDAD DEL SERVICIO
DESDE EL 01 DE MARZO DEL 2025 HASTA EL 30 DE ABRIL DEL 2025	Persona proactiva, creativa, responsable, habilidad de liderazgo, capacidad para trabajar en equipo, dispuesta a asumir nuevos retos y responsabilidades. Habilidad de comunicación y capacidad de adaptación al cambio.

El expide a solicitud de la parte interesada en Pitalito - Huila, a los nueve (09) días del mes de diciembre del 2025.

LUZ ANGELA URBANO ONATRA
REPRESENTANTE LEGAL

LA REPRESENTANTE LEGAL DE LA CORPORACIÓN HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA - CORHUELLAS

CERTIFICA

Que **YULY ANDREA FARFAN ENDO** identificada con cédula de ciudadanía número 1116663335 , estuvo vinculado como **PROFESIONAL EN SALUD Y NUTRICION** en la modalidad Institucional -CDI en el marco de la política pública de atención integral a la primera infancia en el municipio de LA ARGENTINA, con el objetivo de potenciar el desarrollo integral de niñas y niños de primera infancia a través de los servicios de educación inicial en el marco de la atención integral, con estrategias pertinentes, oportunas y de calidad para el goce efectivo de los derechos; de conformidad con los lineamientos, el manual operativo, las directrices, parámetros y estándares establecidos por el ICBF; de acuerdo a los términos que se relacionan:

DURACION DEL CONTRATO	CALIDAD DEL SERVICIO
DESDE EL 01 DE MAYO DEL 2025 HASTA EL 31 DE JULIO DEL 2025	Persona proactiva, creativa, responsable, habilidad de liderazgo, capacidad para trabajar en equipo, dispuesta a asumir nuevos retos y responsabilidades. Habilidad de comunicación y capacidad de adaptación al cambio.

El expide a solicitud de la parte interesada en Pitalito - Huila, a los nueve (09) días del mes de diciembre del 2025.

LUZ ANGELA URBANO ONATRA
REPRESENTANTE LEGAL

LA REPRESENTANTE LEGAL DE LA CORPORACIÓN HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA - CORHUELLAS

CERTIFICA

Que **YULY ANDREA FARFAN ENDO** identificada con cédula de ciudadanía número 1116663335 , estuvo vinculado como **PROFESIONAL EN SALUD Y NUTRICION** en la modalidad Institucional -CDI en el marco de la política pública de atención integral a la primera infancia en el municipio de LA ARGENTINA, con el objetivo de potenciar el desarrollo integral de niñas y niños de primera infancia a través de los servicios de educación inicial en el marco de la atención integral, con estrategias pertinentes, oportunas y de calidad para el goce efectivo de los derechos; de conformidad con los lineamientos, el manual operativo, las directrices, parámetros y estándares establecidos por el ICBF; de acuerdo a los términos que se relacionan:

DURACION DEL CONTRATO	CALIDAD DEL SERVICIO
DESDE EL 1 DE AGOSTO DEL 2025 HASTA EL 12 DE DICIEMBRE DEL 2025	Persona proactiva, creativa, responsable, habilidad de liderazgo, capacidad para trabajar en equipo, dispuesta a asumir nuevos retos y responsabilidades. Habilidad de comunicación y capacidad de adaptación al cambio.

El expide a solicitud de la parte interesada en Pitalito - Huila, a los nueve (09) días del mes de diciembre del 2025.

LUZ ANGELA URBANO ONATRA
REPRESENTANTE LEGAL

LA REPRESENTANTE LEGAL DE LA CORPORACION PARA EL DESARROLLO DE LAS CIENCIAS, LA INVESTIGACION E INNOVACION - CODECIN

CERTIFICA

Que **YULY ANDREA FARFAN ENDO** identificada con cédula de ciudadanía número **1116663335,** estuvo vinculada como **PROFESIONAL EN SALUD Y NUTRICIÓN** en la modalidad Desarrollo Infantil en Medio Familiar - DMIF en el marco de la política pública de atención integral a la primera infancia en el municipio de La Plata - Huila, con el objetivo de promover el desarrollo integral de las niñas y los niños desde la gestación hasta los 4 años 11 meses 29 días, a través de la vivencia de prácticas y acciones que favorecen el disfrute de experiencias con sus familias y comunidades, de conformidad con los lineamientos, el manual operativo, las directrices, parámetros y estándares establecidos por el ICBF; de acuerdo a los términos que se relacionan:

DURACION DEL CONTRATO	CALIDAD DEL SERVICIO	ESTADO DEL CONTRATO
Desde el 18 de marzo de 2024, hasta el 15 de diciembre de 2024.	Persona proactiva, creativa, responsable, de buenas relaciones interpersonales, habilidad de liderazgo, capacidad para trabajar en equipo, dispuesta a asumir nuevos retos y responsabilidades. Habilidad de comunicación y capacidad de adaptación al cambio.	Terminado

Se expide a solicitud de la parte interesada en Pitalito - Huila, a los diecisiete (17) días del mes de diciembre de 2024.

YADIRA MUÑOZ SAMBONI
REPRESENTANTE LEGAL

Powered by CamScanner
Powered by CamScanner
Powered by CamScanner

CHAV Huellas de Amor Para Tu Vida	*CORPORACIÓN HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA CHAV* NIT: 830.503.021-5	CHAV Huellas de Amor Para Tu Vida
	DOCUMENTO EXTERNO	

LA REPRESENTANTE LEGAL DE LA CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARATU VIDA - CHAV

CERTIFICA

Que la señora **YULI ANDREA FARFAN ENDO**, identificada con cédula de ciudadanía número 1116663335, estuvo vinculada mediante contrato de prestación de servicios como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en el programa de atención integral al adulto mayor en el municipio de La Plata, Huila, según los siguientes términos:

DURACION	ESTADO DEL CONTRATO
Desde el 01 de octubre del 2023 hasta el 31 de diciembre del 2023	Terminado

Se expide a solicitud de la interesada en Pitalito - Huila a los ocho (08) días del mes deenero del 2024.

YASMIN ROCIO MENDIETA CORREA
REPRESENTANTE LEGAL

Carrera 4 # 6-75 / Centro piso 2 – Pitalito.
Cel: 3205984949EMAIL:
corhuellasamorvida2016@gmail.com

Powered by CamScanner
Powered by CamScanner
Powered by CamScanner

Huellas de Amor
Para Tu Vida

Calle 8 No. 10-24 Barrio Altico - Teléfono: 871 37 20 – Ext. 113
E-mail: fundacionsocialamoryvida@gmail.com - Neiva-Huila
NIT 900192801-0
Trabajamos con el corazón

LA REPRESENTANTE LEGAL DE LA CORPORACIÓN HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA - CORHUELLAS

CERTIFICA

Que la señora **YULI ANDREA FARFAN ENDO** identificada con cédula de ciudadanía número **1116663335**, estuvo vinculada mediante contrato de prestación de servicios como **Auxiliar de Enfermería** en la modalidad Desarrollo Infantil en Medio Familiar - DMIF en el marco de la política pública de atención integral a la primera infancia en el Municipio de La Plata, con el objetivo de promover el desarrollo integral de las niñas y los niños desde la gestación hasta los 4 años 11 meses 29 días, a través de la vivencia de prácticas y acciones que favorecen el disfrute de experiencias con sus familias y comunidades, de conformidad con los lineamientos, el manual operativo, las directrices, parámetros y estándares establecidos por el ICBF; de acuerdo a los términos que se relacionan a continuación:

DURACION DEL SERVICIO	CALIDAD DEL SERVICIO	ESTADO DEL CONTRATO
Desde el 01 de junio hasta el 15 de diciembre de 2022.	Persona proactiva, creativa, responsable, de buenas relaciones interpersonales, habilidad de liderazgo, capacidad para trabajar en equipo, dispuesta a asumir nuevos retos y responsabilidades. Habilidad de comunicación y capacidad de adaptación al cambio.	Liquidado

Se expide a solicitud de la parte interesada en Pitalito - Huila, a los quince (15) días del mes de diciembre de 2022.

LUZ ANGELA URBANO ONATRA
REPRESENTANTE LEGAL

Dirección: Carrera 4 No 6 – 75 2do piso / Pitalito (Huila)
Correo electrónico: corhuellasamorvida@gmail.com
Tel: 3124841272

Powered by CamScanner
Powered by CamScanner
Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL AMOR Y VIDA
NIT 813-013-497-2

LA SUSCRITA LÍDER DE TALENTO HUMANO DELA FUNDACIÓN SOCIAL AMOR Y VIDA NIT: 813.013.497-2

CERTIFICA:

Que el señor(a), **YULY ANDREA FARFAN**, identificado(a) con cedula de ciudadanía No. C.C. **1.116.663.335**, laboro con nuestra Fundación desempeñándose como **AUXILIAR DE ENFERMERIA,** para la política de **CERO A SIEMPRE** en la **ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA,** bajo la modalidad de contrato de prestación de serviciosprofesionales en los periodos comprendidos de la siguiente manera:

- Desde el veinticuatro (24) de febrero del 2021, al treinta y uno (31) dediciembre del 2021.

La presente certificación se expide a solicitud de la persona interesada; dada enNeiva – Huila, a los (23) días del mes de febrero del dos mil veintidós **(2022).**

Cordialmente,

Líder de talento Humano.
CL: 3213640666
Fundación Social Amor Y Vida.

Powered by CamScanner
Powered by CamScanner
Powered by CamScanner

CERTIFICA

Que el (la) Señor(a) **YULI ANDREA FARFAN ENDO,** identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1.116.663.335, según su perfil de **AUXILIAR DE ENFERMERIA** fue afiliado(a) de la Agremiación desde el primero (01) de Octubre de 2012 hasta el treinta (30) Diciembre de 2014, desarrollo durante esta fecha procesos en el centro de costos **ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO** del Municipio de la Nieva y desde el primero (01) Abril de 2015 hasta el treinta (30) de Noviembre de 2015, desarrollo procesos en el centro de costos **ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA** del Municipio de la Plata, mediante un Convenio de Ejecución Sindical.

Dada a los trece (13) días del mes de Marzo de dos mil Diecisiete (2,017) a solicitud del interesado(a).

Atentamente,

MARTHA MILENA BARREIRO GUTIÉRREZ
Directora Administrativo Y Financiero

Centro Comercial Paseo del Rosario Local 3-11 * Tel: 833 8161

Powered by CamScanner
Powered by CamScanner
Powered by CamScanner

San Sebastián

La Plata Huila, 22 de Febrero de 2012

EL SUBGERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SAN SEBASTIÁN DE LA PLATA HUILA

CERTIFICA:

Que la señora **YULY ANDREA FARFAN ENDO**, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.116.663.335 de Trinidad (C), prestó sus servicios en la Empresa Social del Estado San Sebastián a través de la Empresa de Servicios Temporales HUMAN RESORCES MANAGMENT S.A. como **AUXILIAR DE ENFERMERÍA,** desde el 01 de Febrero hasta el 30 de Julio de 2010

Este certificado se expide a solicitud del interesado para anexarlo como soporte de la Hoja de Vida.

ALEXANDER ECHAVARRIA LOSADA

Aída L. Díaz L.

Powered by CamScanner
Powered by CamScanner
Powered by CamScanner

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN EN MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

Vigencia: *1 año a partir de la fecha de emisión*

YULY ANDREA FARFAN ENDO
CC 1.116.663.335 Trinidad - Casanare

Participó y aprobó satisfactoriamente el curso de formación en educación sanitaria, principios básicos de Buenas Prácticas de Manufactura y prácticas en manipulación de alimentos con una intensidad horaria de 10 horas, dando cumplimiento a la Resolución 2674 de 2013 .

Dado en Neiva-Huila a los 05 días del mes de Abril de 2025

OLGA LUCIA BAQUERO HERNÁNDEZ
INGENIERA DE ALIMENTOS
70254-338087 TLM
Consejo Profesional Nacional de Ingeniería
Cel: 3103455202

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

PLAN DE CAPACITACIÓN CONTINUA EN MANIPULACION DE ALIMENTOS

MUNCIPIO: LA PLATA (H)
FECHA DE CAPACITACION: 31 DE MAYO
NOMBRES Y APELLIDOS DEL MANIPULADOR: YULY ANDREA FARFAN ENDO
CEDULA DE CIUDADANIA: 1.116.663.335
CELULAR: 3195957689

UNIDAD	INTENSIDAD HORARIA	OBJETIVO DE LA UNIDAD	CUMPLIMIENTO
MODULO 1 – PELIGRO DE LOS ALIMENTOS			
1.	1 Hora	**Los Alimentos y los microorganismos**: Identificar el concepto de alimento, así como sus características y su clasificación, identificar los tipos de contaminación que pueden sufrir los alimentos y los factores de crecimiento de las bacterias así como la prevención de las enfermedades transmitidas por alimentos.	31/05/2024 CAPACITADOR M° Victoria Silva
2.	1 Hora	**Seguridad de los alimentos**: Conocer los riesgos a los que se encuentran expuestos los alimentos, las vías de contaminación de los alimentos de acuerdo al nivel de riesgo, entender el concepto de contaminación de los alimentos así como los diferentes vías y tipos de contaminación de los alimentos.	31/05/2024 CAPACITADOR M° Victoria Silva
3.	2 Horas	1. Peligros de los alimentos 2. ¿Dónde se encuentran los microorganismos? 3. Factores que favorecen y desfavorecen la reproducción de microorganismos 4. Tipos de contaminación en los alimentos 5. Vías de contaminación 6. Programa de control de plagas	31/05/2024 CAPACITADOR M° Victoria Silva
MODULO 2: ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR LOS ALIMENTOS Y CONSERVACIÓN			
4.	2 Hora	7. ¿Qué son las Enfermedades transmitidas por los alimentos? (ETA) 8. Sintomas y causas más comunes de las enfermedades transmitidas por alimentos 9. Principales microorganismos que causan enfermedades transmitidas por alimentos 10. vía de transmisión ciclo epidemiológico fecal-oral	31/05/2024 CAPACITADOR M° Victoria Silva
5.	2 Horas	Factores claves en la conservación de alimentos: Identificar los factores claves que beneficien la conservación de los alimentos temperaturas seguras, cadena de frio, almacenamiento y rotación de los alimentos, limpieza y desinfección de utensilios, áreas y superficies. Garantizando alimentos seguros. Prevención de la contaminación directa y cruzada: Conocer estrategias enfocadas a la prevención de la contaminación directa y cruzada de los alimentos, la importancia del lavado de manos, separar alimentos crudos de alimentos cocinados, la importancia de la higiene personal, respetar la cadena de frio y el correcto almacenamiento de los alimentos. Practicas higiénicas. Crear conciencia y	31/05/2024 CAPACITADOR M° Victoria Silva

Powered by CamScanner

Gobernación del Huila

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

		actitudes que se consideren necesarias al trabajar con alimentos, para conservar las características de inocuidad de los alimentos y su manejo higiénico, resaltar la importancia del manipulador de alimentos en relación a la higiene y salubridad.	
MODULO 3 - MEDIDAS HIGIÉNICAS PARA PREVENIR LA CONTAMINACIÓN DE LOS ALIMENTOS			
6.	2 Horas	11. Condiciones del personal que manipula alimentos 12. ¿cómo puede transmitir enfermedades un alimento a través de manos sucias? 13. Hábitos higiénicos deseables e indeseables en un manipulador de alimentos 14. Manejo higiénico de equipos e instalaciones 15. Almacenamiento de alimentos y productos químicos 16. Proceso de elaboración: control de las operaciones posteriores al almacenamiento 17. Puntos críticos de contaminación de alimentos.	31/05/2024 CAPACITADOR Mª Victoria Castillo

La secretaria de Salud Departamental del Huila de acuerdo a lo establecido en la resolución 2674 de 2013 en su capitulo III articulo 12, 13 y 36 certifica que el señor (a) : YULY ANDREA FARFAN ENDO identificado con Cedula de ciudadania Nº 1.116.663.335 asistió al presente plan de capacitación continua en manipulación higiénica de los alimentos, buenas prácticas de manufactura y prácticas higiénicas con una intensidad de Diez (10) horas, por lo tanto y con base en la normatividad sanitaria legal vigente en el territorio nacional se certifica su participación en el curso en manipulación de alimentos que tendrá una vigencia de un año a partir de la emisión del presente documento

NOTA: Las Jornadas de capacitación en manipulación de alimentos realizadas por la secretaria de Salud Departamental del Huila no tienen ningún costo.

Lugar y fecha de la expedición: LA PLATA (H) 31 DE MAYO DEL 2024

Mª Victoria Castillo

MARIA VICTORIA CASTILLO VALENCIA

INSPECTOR DE ALIMENTOS Y BEBIDAS MUNICIPIO DE LA PLATA ZONA 1, LA ARGENTINA, PAICOL.

Powered by CamScanner

CENTRO DE FORMACIÓN
E.R EMERGENCY SERVICE S.A.S

NIT: 900697564-8

República de Colombia-Educación informal
Decreto 4904/2009, Cap. V Decreto 1075/2015 (art. 2.6.6.8)
Ley 2150/95 art. 46-45

HACE CONSTAR QUE :

YULY ANDREA FARFAN ENDO

C.C 1.116.663.335

Aprobó el Curso

PRIMEROS AUXILIOS CON RCP Y DEA

Curso realizado los días 17 y 18 de Enero de 2026 con una intensidad de 20 horas

En constancia a lo anterior se firma en Neiva (H) a los dieciocho (18) días del mes de Enero de dos mil veintiséis (2026). Fecha de vencimiento: Enero 2028

ANGIE LIZETH NOSCUE NUÑEZ
Representante Legal

e-mail eremergencyservices@gmail.com
Calle 15 N°4-46 Neiva - Huila
3208646743-3162110303

E.R 202601-42123

2026

Unidos gana el Meta
Meta

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD

RESOLUCIÓN NÚMERO 50- 8508
Por la cual se autoriza el ejercicio de la profesión

LA JEFE DE LA OFICINA DE SEGURIDAD SOCIAL, INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL

En uso de sus facultades y en especial las conferidas en el Decreto 1875 de 1994 y Resolución 0285/89 de Minsalud y Resolución 0088/04 de la Secretaría Seccional de Salud, y

CONSIDERANDO:

Que YULY ANDREA FARFAN ENDO, con cédula de ciudadanía número 1.116.663.335 de Villavicencio, solicitó ante esta Secretaría de Salud autorización para ejercer como Técnico en Auxiliar de Enfermería, según certificado otorgado por la Escuela de Salud San Pedro Claver el 08 de diciembre de 2007.

Que, revisada la documentación presentada se constató el cumplimiento de los requisitos exigidos para dicho trámite.

Que en virtud de lo expuesto, este despacho.

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO. Autorizar a YULY ANDREA FARFAN ENDO, con cédula de ciudadanía número 1.116.663.335 de Villavicencio, para ejercer como Técnico Auxiliar de Enfermería en el Territorio Nacional.

ARTÍCULO SEGUNDO. Contra la presente resolución procede el recurso de reposición y apelación en los términos establecido en el Decreto 01 de 1984.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE
Villavicencio, 27 de junio de 2008

Gloria Ibeth Castro.

GLORIA IBETH CASTRO JIMENEZ
Jefe Oficina de Seguridad Social,
Inspección, Vigilancia y Control.

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2026-01-21--11:10:47 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1116663335	YULY	ANDREA	FARFAN	ENDO	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) YULY ANDREA FARFAN ENDO identificado(a) con CC 1116663335 registra La siguiente información:

2026-01-21--11:10:47 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2008-06-27	8508	GOBERNACION DEL META

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).

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:26:09 AM horas del 03/01/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1116663335**

Apellidos y Nombres: **FARFAN ENDO YULY ANDREA**

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

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 287433387

PIB
11:28:12

Bogotá DC, 03 de enero del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) YULY ANDREA FARFAN ENDO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1116663335:

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

OLGA LUCIA TIBOCHA CORTES
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (E)

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 sábado 03 de enero de 2026, a las 11:29:19, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1116663335
Código de Verificación	1116663335260103112918

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO GESTION DEL TALENTO HUMANO	F7.P17.GTH	02/01/2020
	FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES CONTRA NIÑOS NIÑAS Y ADOLESCENTES DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS	Versión 1	Página 1 de 1

El(la) suscrito(a) YULY ANDREA FARFAN E. identificado con ~~CC~~./ C.E./ P.P No. 1116663335. con fecha de expedición Día 10 Mes 05 Año 2006., 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 753 de 2019, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Cecilia de la Fuente de Lleras – ICBF con NIT. 899.999.239-2, 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 o como servidor actualmente de la planta de personal, cada cuatro (4) meses mientras exista mi vinculación con el ICBF.

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 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.icbf.gov.co, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de La Argentina el día Veinte (20) de enero de 2026.

Firma
Nombre YULY ANDREA FARFAN
Cédula 1116663335.

Powered by CamScanner

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 14:54:22 horas del 20/01/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1116663335,** Apellidos y Nombres **FARFAN ENDO YULY ANDREA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **Huellas de amor para tu vida**, con NIT **900192801-0** 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.

© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN

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, 21/01/2026 11:38:54 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1116663335** y Nombre: **YULY ANDREA FARFAN ENDO.**

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. **133106925** . 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

Informe Psicológico

1. Datos Personales

Nombre y Apellidos: Yuly Andrea Farfan Endo
Fecha de nacimiento: 08/02/1988
Edad: 37 años
Sexo: Femenina
Estado Civil: Soltera
Ocupación: Aux. Enfermería
Fecha de evaluación: 22 enero 2026
Evaluador: Erika Rocio Valencia Ospina

II. Motivo de Consulta

Evaluación psicológica

III Técnicas Psicológicas utilizadas

La prueba psicotécnica y Minimental

IV. Resultados

Se demuestra en resultados obtenidos sugieren estabilidad, pensamiento estructurado y adecuada expresión afectiva. Se observa adaptación positiva al entorno.

Concepto psicológico:

- Fundamento psicológico estable.

Firma

Erika Rocio Valencia Ospina
Psicóloga
TP. 120627

Servicios Integrales De Salud
Su salud Primero..!

Nit. 900604369-1
Cel. 312 724 8808 - 310 273 1165
Carrera 9 N°2A- 33 - La Plata
serviciosintegralesdesaludips@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 39.781

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
26 DÍA	02 MES	2025 AÑO	LA PLATA (HUILA, COLOMBIA) Ciudad	CONSULTA MEDICA OCUPACIONAL INGRESO (MEDICO)

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

CORPORACIÓN HUELLA DE AMOR PARA TU VIDA CORHUELLAS

Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
FARFAN ENDO YULY ANDREA	FEMENINO	37 AÑOS 0 MESES 20 DÍAS	CC (Tipo)	1116663335 (Número)

Cargo
AUXILIAR DE ENFERMERIA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

EL EXAMEN MÉDICO PRESENTA CONDICIONES DE SALUD QUE NO DISMINUYEN SU CAPACIDAD LABORAL

Observaciones: *NO APLICA*

SI	PARA MANIPULAR ALIMENTOS Y CUMPLE CON LOS REQUISITOS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL	✓	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA (FROTIS FARINGEO)	✓
MEDICION DE AGUDEZA VISUAL (VISIOMETRIA)	✓	ADMINISTRACION [APLICACION] DE PRUEBA DE PERSONALIDAD (CUALQUIER TIPO) SOD- PSICOTECNICA	✓
COPROLOGICO	✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH]	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN LEJANA USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL REALIZAR PAUSAS ACTIVAS	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA
	SVE OSTEOMUSCULAR	
	CAPACITACIÓN : ERGONOMIA	
	OTROS : CAPACITACION EN BUENAS PRACTICAS DE MANOFACTURA , DESPARASITACION PREVIA AL INGRESO	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma: 

Nombre: HERNANDEZ VERGEL GLORIA JIMENA

R. M.: 1384/2006 L.S.O.: 1376/2021

Código de Seguridad
T631Z1F39781

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: FARFAN ENDO YULY ANDREA

CC: 1116663335

Servicios Integrales De Salud
Su salud Primero !!

Nit. 900604369-1
Cel. 312 724 8808 - 310 273 1165
Carrera 9 N°2A- 33 - La Plata
serviciosintegralesdesaludips@gmail.com



EXAMEN DE MEDICION DE AGUDEZA VISUAL (VISIOMETRIA)

DATOS PERSONALES — **Atención Nº: 9,502**

Fecha: 26/02/2025 **Municipio:** LA PLATA (HUILA, COLOMBIA) **CC:** 1116663335 **Nombre:** FARFAN ENDO YULY ANDREA **Edad:** 37 AÑOS 0
Genero: FEMENINO **Profesión o Cargo:** AUXILIAR DE ENFERMERIA **Empresa:** CORPORACIÓN HUELLA DE AMOR PARA TU VIDA CORI
Eps: **Tipo Evaluación Medica:** CONSULTA MEDICA OCUPACIONAL INGRESO (MEDICO) **F. Último Examen:** NA
Lugar del Último Examen: NA **Motivo Consulta:** VISIOEMTRIA INGRESO, DEFICIENCIA VISUAL LEJOS.

ANTECENDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECENDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL	
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	NO APLICA
TRAE RX	NO
ÚLTIMO DIAGNÓSTICO	
USA ANTEOJOS	NO USA

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/ 50	05	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
O.I:	NO APLICA	20/ 40-	05	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
A.O:	NO APLICA	20/ 40	05	N/A	NO APLICA	N/A	N/A

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
H527	TRASTORNO DE LA REFRACCION, NO ESPECIFICADO	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN LEJANA
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

REMISIONES

VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA BAJO CICLOPLEJIA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

TEST ISHIHARA: NORMAL
ESTEREOPSIS: 25" ARCO
PPC: 8CM
MOTILIDAD OCULAR: ORTHO
EXAMEN EXTERNO: SANO

APROBADO VISUAL.

OPTOMETRA

Firma:
Nombre: CHAVEZ LOPEZ YORLY TATIANA
R. M.: 1015451704 L.S.O.:

Código de Seguridad
X631D3J9502

PACIENTE

Firma:
Nombre: FARFAN ENDO YULY ANDREA
CC: 1116663335

Servicios Integrales De Salud
Su salud Primero...!!

Nit. 900604369-1
Cel. 312 724 8808 - 310 273 1165
Carrera 9 N°2A- 33 - La Plata
serviciosintegralesdesaludips@gmail.com



AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES — Atención N°: 1590

Fecha: 19/11/2020 **Ciudad:** LA PLATA (HUILA, COLOMBIA)
Tipo Exámen: CONSULTA MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO **Eps:**
CC: 1116663335 **Nombre:** FARFAN ENDO YULY ANDREA **Edad:** 37 AÑOS 0 MESES 20 DÍAS **Genero:** FEMENINO
Fecha Nacimiento: 08/02/1988 **Empresa:** ESE SAN SEBASTIAN **Ocupacion:** AUXILIAR DE ENFERMERIA

ANTECENDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Proteccion	Tolerancia	Años	Meses
NO	NO	NINGUNA	NO APLICA	0	0

ANTECEDENTES FAMILIARES

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
OTITIS	NO REFIERE	HIPOACUSIA SUBJETIVA	NO REFIERE
TRAUMA	NO REFIERE	ACÚFENOS	NO REFIERE
CIRUGÍA	NO REFIERE	OTROS	
INGESTA OTOTÓXICOS	NO REFIERE		

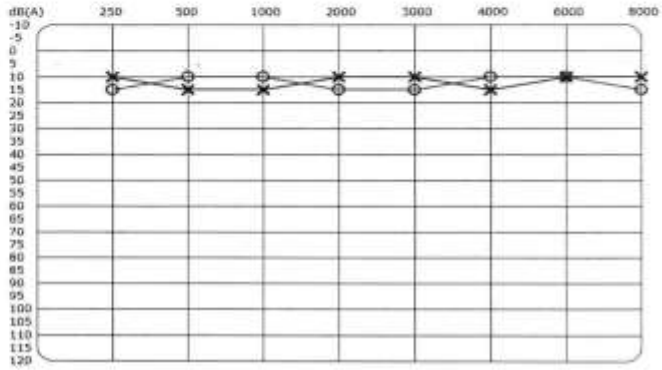
EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO REFIERE	POLÍGONO	NO REFIERE
MOTO	SI	AUDÍFONOS	NO REFIERE
DISCOTECA	NO REFIERE	OTRO	
SERVICIO MILITAR	NO REFIERE		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

Descanso auditivo(Horas) : 24 Hora(s) **Realizó re test:** NO **Uso Cabina Sonoamortiguada:** SI
Marca y Referencia audiometró utilizado: AUDIOMETRO **F. Ultima Calibración:** 2019-08-29

O : Vía aérea del OD X : Vía aérea del OI
< : Vía ósea del OD (sin enmascarar OI) > : Vía ósea del OI (sin enmascarar OD)



OTOSCOPIA

Oído derecho: TAPÓN DE CERUMEN PAR
Oído izquierdo: CAE LIBRE DE CERUMEN

dB(A)	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VAOD	15	10	10	15	15	10	10	15
VAOI	10	15	15	10	10	15	10	10

SEVERIDAD - CAOHC

Oído derecho: Normal(0 - 25 dB) **Oído izquierdo:** Normal(0 - 25 dB)

Código	Nombre del Diagnóstico	Oido	Origen	Tipo
Z011	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	AMBOS	PROFESIONAL	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

RECOMENDACION	OBSERVACION
CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO	
USE PROTECCIÓN AUDITIVA	
LAVADO AUDITIVO OIDO DERECHO	CURETAJE

Observaciones

SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFÉRICA FUNCIONAL NORMAL.

SE DA EDUCACIÓN SOBRE DERECHOS Y DEBERES DEL PACIENTE.

FONOAUDIÓLOGO

Firma:
Nombre: CAJAS PAZ EDWIN YAMIR
R. M.: 1061757764 **L.S.O.:**

Código de Seguridad
X631D2J1590

TRABAJADOR

Firma:
Nombre: FARFAN ENDO YULY ANDREA
CC 1116663335

Software para el sector salud - www.biofile.com.co

Servicios Integrales De Salud

Nit. 900604369-1
Cel. 312 724 8808 - 310 273 1165
Carrera 9 N°2A- 33 - La Plata
serviciosintegralesdesaludips@gmail.com



PSICOLOGÍA OCUPACIONAL

Datos Personales

N° Atención: 2,178

Ciudad: LA PLATA (HUILA, COLOMBIA) 28/02/2025 - 10:05 A. M. **Fecha Atención:** 28/02/2025 10:05:03a. m.

CC: 1116663335 **Nombres y Apellidos:** FARFAN ENDO YULY ANDREA **Fecha de Nacimiento:** 08/02/1988 **Edad:** 37 AÑOS 0 MESES 20 DÍA

Genero: FEMENINO **Estado Civil:** UNIÓN LIBRE **Dirección:** CLL 7 SUR N°8-115 **Teléfono:** **Celular:** 3195957689

Entidad: CORPORACIÓN HUELLA DE AMOR PARA TU VIDA CORHUELLAS **Profesión o Cargo:** AUXILIAR DE ENFERMERIA

Funciones del Cargo: FUNDACION AMOR Y VIDA AUX DE ENFERMERIA **Nivel Académico:** TÉCNICO **Acudiente:**

Teléfono del Acudiente: **Parentesco:**

Diagnóstico:

PARA ESTA VALORACIÓN PSICOLÓGICA DE INGRESO SE APLICÓ LA PRUEBA MINIMENTAL, CON LA FINALIDAD DE CONOCER ALGUNAS CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONALIDAD EN EL ÁMBITO AFECTIVO, EMOCIONAL, RACIONAL, PRAGMÁTICO Y OBJETIVO; COMO SU CAPACIDAD CONCEPTUAL, SU GRADO DE AFRONTAR AL ESTRÉS, SU CAPACIDAD LABORAL, SU CAPACIDAD DE INTERRELACIONARSE EN LA EMPRESA Y OTRAS CARACTERÍSTICAS ESTABLES DE LA PERSONALIDAD.LOS RESULTADOS PERMITE TENER UNA VISIÓN REALISTA Y DETALLADA TANTO DE SUS PROPIAS CAPACIDADES COMO DE LAS ASPIRACIONES Y MOTIVACIONES, TIENE UNA ACTITUD POSITIVA Y CONSTRUCTIVA.SUS RESULTADOS INDICAN QUE EL INDIVIDUO TIENDE A SER RACIONAL, FORMAL, REALISTA Y DETALLADO TANTO DE SUS PROPIAS CAPACIDADES COMO DE LAS ASPIRACIONES Y MOTIVACIONES, ADEMÁS MUESTRA QUE TIENE VENTAJAS EN SUS RELACIONES INTERPERSONALES.POR LO DEMÁS DURANTE LA ENTREVISTA DIRECTA Y SEMIESTRUCTURADA, SE LOGRÓ EVIDENCIAR QUE ES UNA PERSONA CON NIVEL AFECTIVO, SOCIAL, FAMILIAR Y LABORAL, QUE EXAMEN MENTALPRINCIPALMENTE PRESENTA UNA ACTITUD DE COLABORACIÓN Y ESCUCHA EN EL PROCESO DE ENTREVISTA Y EN LA VALORACIÓN DEL EXAMEN MENTAL PSICOLÓGICO.PORTE Y ACTITUD: HIGIENE CORPORAL, POSTURA Y MIRADA Y EXPRESIÓN FACIAL ADECUADA PARA SU EDAD. PRESENTACIÓN ADECUADA A SU EDAD Y SU PERSONALIDAD.LENGUAJE: MANEJA UN LENGUAJE COHERENTE Y COMPRENSIVO, BUENA PRODUCCIÓN VERBAL, ADECUADA ARTICULACIÓN Y EMISIÓN. FLUIDEZ VERBAL ADECUADA, DISCURSO, RITMO ADECUADO Y TONO SIN DIFICULTAD. EL TIMBRE DE VOZ ES NORMAL.PERCEPCIÓN: EN CUANTO A LA PERCEPCIÓN, ESTOS SE ENCUENTRAN ADECUADOS PUES RECONOCE LA CALIDAD Y CUALIDAD DE TODOS LOS ESTÍMULOS TANTO VISUALES, AUDITIVOS, OLFATORIOS Y TÁCTILES.INTELIGENCIA: SU PROMEDIO NORMAL AL RANGO.EUPROSÉXICA: CAPACIDAD DE ATENCIÓN NORMAL.MEMORIA: ESTA FUNCIÓN SE ENCUENTRA NORMAL PUES EN LO QUE CONCIERNE A SU MEMORIA, MEDIATA MEMORIA INMEDIATA Y MEMORIA REMOTA NO PRESENTANDO ANOMALÍA ALGUNA.SUEÑO: EL PROMEDIO DE HORAS ESTA ENTRE 5 A 6 HORAS DE SUEÑO.EN CUANTO A LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA PRUEBA MINIMENTAL FUE DE 30/30, SEGÚN EL EXAMEN MENTAL LOS RESULTADOS OBTENIDOS SON POSITIVOS Y LA ENTREVISTA SE EVIDENCIA NORMALIDAD, POR LO QUE SE CONSIDERA APTO PARA EL DESARROLLO DE SUS FUNCIONES QUE REALIZARÁ.Z100 EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL APTO PARA EL CARGO.

PSICÓLOGO

Firma:

Nombre: VALENCIA OSPINA ERIKA ROCIO

R. M.: 120627

PACIENTE

Firma:

Nombre: FARFAN ENDO YULY ANDREA

CC: 1116663335

IPS
NANCY CEDEÑO ANGEL
Laboratorio Clínico
NIT: 901532080-0
CALLE 4 N. 3 24 - 26 LA PLATA - HUILA 8370139 - 3105607645

PACIENTE: Yuly Andrea Farfan Endo **EDAD:** 37 años
FECHA: 26 de febrero del 2025 **ID:** 1116663335
EMPRESA: Servicios Integrales De Salud **ANALISIS:** 533

EXAMEN COPROLOGICO

MACROSCOPICO

Color	CAFE
Consistencia	BLANDA

MICROSCOPICO

Restos Vegetales	++

PARASITOLOGICO

Q. Blatocystis Hominis	++

Informe
AUXILIAR ROSA FERNANDA ROJAS

YURLAY ESTHER MORRON POLO
Bacteriólogo
Reg. 4470 CC 57305919

IPS
NANCY CEDEÑO ANGEL
Laboratorio Clínico
NIT: 901532080-0
CALLE 4 N. 3 24 - 26 LA PLATA - HUILA 8370139 - 3105607645

PACIENTE: Yuly Andrea Farfan Endo **EDAD:** 37 años
FECHA: 26 de febrero del 2025 **ID:** 1116663335
EMPRESA: Servicios Integrales De Salud **ANALISIS:** 533

EXAMEN DE GARGANTA

PRUEBAS ESPECIALES

KOH UÑAS	NEGATIVO PARA ESTRUCTURAS MICOTICAS.

GRAM

Cocos gram positivos	+
Cocobacilos Gram Negativos	+
Reacción leucocitaria	ESCASA

Informe
AUXILIAR ROSA FERNANDA ROJAS

YURLAY ESTHER MORRON POLO
Bacteriólogo
Reg. 4470 CC 57305919

CERTIFICA

Que la persona relacionada a continuación, en cumplimiento a lo establecido en las normas legales vigentes, ha cotizado al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de esta Entidad Promotora de Salud las siguientes semanas de cotización:

Datos del COTIZANTE	
CC 1116663335 YULY ANDREA FARFAN ENDO	
Estado Cotizante:	**Vigente**
Causal:	**ACTIVO-PROTECCION-LABORAL 1M**
Semanas Cotizadas Nueva EPS S.A.:	**99**
Fecha Afiliación:	**01/01/2019**
Fecha Último Periodo Cotizado:	
Fecha Cancelación:	

La presente certificación se expide el día 27 de Enero de 2026 a solicitud del (de la) interesado(a).

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS

Cordialmente,



Gerencia de Afiliaciones

Nueva EPS S.A.

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

YULY ANDREA FARFAN ENDO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.116.663.335**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 27 de Enero 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.

Cooperativa Latinoamericana de Ahorro y Crédito UTRAHUILCA ¡¡Más para usted, más para todos!!	CERTIFICACIÓN CUENTA PARA TRANSFERENCIAS INTERBANCARIAS	ASO-FO-024 Vers. 03 23/11/2019

Ciudad y Fecha: LA PLATA, 21 de enero de 2026

La Cooperativa Latinoamericana de Ahorro y Crédito "UTRAHUILCA"

C E R T I F I C A :

Que, FARFAN ENDO YULY ANDREA quien figura en nuestra Cooperativa como: asociado (X) tercero (), indentificado(a) con CEDULA CIUDADANIA No. 1116663335, tiene en nuestra entidad una cuenta activa previamente autorizada, para que le sean consignados el valor de: su salario ( ) ú otro pagos ( ).

Para realizar una transferencia interbancaria deberá inscribir en su Banco originador el "Banco Cooperativo Coopcentral" (066) como entidad de destino, elegir tipo de cuenta "Ahorros" y registrar en la opción "Número de Cuenta" el Código de Producto Número: 0048000094915.

La transferencia realizada de esta forma, nos permitirá garantizar el abono automático en la Cuenta del asociado o tercero, en nuestra Cooperativa UTRAHUILCA.

Cordialmente,

SANABRIA ORTIZ YOVANA

Funcionario UTRAHUILCA

usuario impresión: YOVANA Fecha Impresión: 21/01/2026 16:29:51

Powered by CamScanner

Huellas de Amor Para Tu Vida

FORMATO DE ENTREVISTA INICIAL A TTHH

FECHA: _____

NOMBRE DEL ENTREVISTADOR: Yuliana Perdomo Trujillo

DATOS PERSONALES E INFORMACION FAMILIAR

NOMBRE DEL ENTREVISTADO: YULY ANDREA FARFAN ENDO.

QUE SOLICITA: Auxiliar Enfermera

CON QUIEN VIVE: Mi familia

QUE RESPONSABILIDADES TIENE EN SU HOGAR: Hogar.

INFORMACION LABORAL

EMPRESA DONDE HA LABORADO	TIEMPO LABORADO	CARGO	MOTIVO DE RETIRO
Colhuellco	11 meses	AUX Enfermera	Terminación contrato
Colhuellco	11 meses	Aux Enfermera	terminación contrato
Cadan	11 meses	Aux Enfermera	Terminación contrato
HA TENIDO PERSONAL A CARGO?		TIEMPO DE DESEMPLEO	ACTIVIDADES DURANTE ESTE TIEMPO
SI____ NO X CUANTAS PERSONAS? _____			

INFORMACION COMPLEMENTARIA

¿CONOCE LA EMPRESA? ¿QUÉ INFORMACION TIENE?	Si, trabaja por el bienestar de la primera infancia
¿POR QUE CREE QUE CALIFICA PARA EL CARGO?	Por mi experiencia y perfil.
¿CUALES SON SUS MAYORES FORTALEZAS?	Responsabilidad, puntual, empatia.
¿QUE ASPECTOS DE SU PERSONALIDAD CONSIDERA QUE PODRIA MEJORAR	Retraerse
¿COMO SE VISUALIZA EN UN AÑO? ¿QUE PROYECTOS TIENE?	continuando con mis estudios
¿CUAL ES SU SALUD MENTAL ACTUAL?	En buenas condiciones

FACTORES

Señor aspirante marque con una X, y en un solo item en cada factor y según su lectura.

1. APARIENCIA PERSONAL									
MALA DESCUIDADA		ALGO DESCUIDADA EN EL VESTIR Y EN APARIENCIA GENERAL		EN GENERAL LIMPIO Y DE BUENA APARIENCIA		MUY CUIDADOSO EN SU ASPECTO, VESTIDO O PERSONA	X	IMPECABLE EN EL VESTIR, PERSONA ELEGANTE	
2. FORMA DE EXPRESION									
CONFUSO NO SE EXPLICA BIEN		EXPRESION POBRE, ALGO DISPERSO EN SUS EXPLICACIONES		SE DA A ENTENDER SIN GRAN FLUIDEZ		BUENA EXPRESION LOGICA, CLARA, HABLA CON FLUIDEZ	X	HABILIDAD PARA EXPRESARSE, DINAMICO CONVICENTE	

Powered by CamScanner

3. EDUCACION									
FALTA DE ENTRENAMIENTO BASICO PARA EL PUESTO		NO POSEE LA EDUCACION NECESARIA, PUEDE MEJORARLA DENTRO DE LA EMPRESA		POSEE LA EDUCACION NECESARIA PARA EL PUESTO		POSEE LOS CONOCIMIENTOS NECESARIOS Y ESTA MEJORANDOLOS CON MAS ESTUDIOS	X	CONOCIMIENTOS EXCEPCIONALES PARA EL PUESTO	
4. INTERES OCUPACIONAL									
NO TIENE NINGUNO PUEDE TRABAJAR EN CUALQUIER COSA		TIENE POCO INTERES POR DETERMINADA ACTIVIDAD		DESEA TRABAJAR EN UN PUESTO PROPIO DE SU EXPERIENCIA		HACE INCAPIE POR COLOCARSE DENTRO DE SUS CONOCIMIENTOS		DEFINE CLARAMENTE LO QUE PREFIERE DE ACUERDO A SU ESPECIALIDAD	X
5. EXPERIENCIA									
NO TIENE NINGUNA NO HA TRABAJADO		TIENE EXPERIENCIA MINIMA, CASI NULA		TIENE CIERTA EXPERIENCIA, NO ESPECIFICA HA DESEMPEÑADO DISTINTOS TRABAJOS		SE HA DEDICADO A UN MISMO TRABAJO, LO CONOCE BIEN	X	ES UN VERDADERO ESPECIALISTA	
6. ESTABILIDAD EN TRABAJOS ANTERIORES									
CAMBIOS CONSTANTES DE TRABAJO SIN MOTIVO APARENTE		CAMBIO VARIAS VECES DE EMPLEO, DEJANDOSE LLEVAR POR OFERTAS INSEGURAS		HA CAMBIADO PARA MEJORAR		NO CAMBIA DE EMPLEO SIN MOTIVO, PERMANENCIA PROMEDIO DE 2 AÑOS	X	HA CAMBIADO POR BENEFICIO ECONOMICO Y DESARROLLO, PERMANENCIA DE 3 AÑOS	
7. ACTITUD EN ENTREVISTA									
RETRAIDO, ASOCIAL		UN POCO TIMIDO Y RESERVADO		PROPORCIONA DATOS NECESARIOS PERO NO EXCESIVOS		AMISTOSO, FACILIDAD PARA ESTABLECER AMISTAD		SOCIABLE, TRATA A NUEVOS CONOCIDOS COMO SI FUERA VIEJOS AMIGOS	X
8. POTENCIAL									
BAJO, ES SUMISO Y NO SE ESFUERZA		REGULAR, DESEA PROGRESAR SIN HACER MUCHO ESFUERZO		BUENO, QUIERE PROGRESAR Y SE ESFUERZA, NECESITA ENTRENAMIENTO		SUPERIOR, FUERTES ASPIRACIONES PARA TODO SU DESEMPEÑO		EXCELENTE, BUSCA AUTOREALIZARSE, SUPERACION PERSONAL	X

ASPIRACION SALARIAL: $ 2'700.000 =

OBSERVACIONES:

CONCEPTO FINAL: **SE ADAPTA AL PERFIL** X **NO SE ADAPTA AL PERFIL** _____

FIRMA DEL ENTREVISTADOR 1	FIRMA DEL ENTREVISTADOR 2

Powered by CamScanner