Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
ROCHA	USA	YULIANA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1084869609 — 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 24 MES 11 AÑO 1997

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: HUILA

MUNICIPIO: TESALIA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CASA 24 BARRIO PORVENIR

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: HUILA

MUNICIPIO: TESALIA

TELÉFONO: 3223587618 EMAIL: rochayuli58@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.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X 11	MES 11 AÑO 2014

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
TC	3	X		TECNICA EN PRIMERA INFANCIA	04	2019	

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	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
FUNDACION GRUPO LIBERTAD	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
HUILA	TARQUI	contabilidadgrupolibertad

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3116328780	DÍA 30 MES 12 AÑO 2024	DÍA 31 MES 12 AÑO 2025

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
MADRE COMUNITARIA		CARRERA A2 #2 SUR14

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
HUILA	PITALITO	ORHUELLASTALENTOHUMANO@GMAIL.COM

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3133681593	DÍA 01 MES 04 AÑO 2024	DÍA 28 MES 12 AÑO 2024

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
MADRE COMUNITARIA		CALLE #29-65

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
NUTRICION SALUD Y BIENESTAR	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
HUILA	IQUIRA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3178364790	DÍA 01 MES 03 AÑO 2019	DÍA 31 MES 11 AÑO 2019

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR PEDAGOGICA		CALLE4#3-25

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
COLEGIO EL ROSARIO	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
HUILA	TESALIA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3249215066	DÍA 16 MES 04 AÑO 2018	DÍA 19 MES 10 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR DE DOCENTE		CALLE 4#3-25

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

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

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

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

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO	2	3
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO (X) ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

*Ciudad y fecha de diligenciamiento*_____

Yuliana Rocha

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.084.869.609**

ROCHA USA

APELLIDOS

YULIANA

NOMBRES

Yuliana Rocha Usa

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **24-NOV-1997**

GARZON
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.61	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

04-DIC-2015 IQUIRA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1904600-01125690-F-1084869609-20200114 **0069**642206A 1 9911209756

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141153233318

(415)7707212489984(8020) 000014115323331 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 8 4 8 6 9 6 0 9	1	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 0 8 4 8 6 9 6 0 9	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Huila 4 1	Tesalia 7 9 7

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ROCHA	USA	YULIANA	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Huila 4 1	Tesalia 7 9 7

41. Dirección principal: CR 1 B # 7 - 37

42. Correo electrónico: yulianarochausa@gmail.com

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

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 5 1 1	2 0 2 5 0 1 0 2						

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 ROCHA USA YULIANA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 20-01-2026 01:26:49PM

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:55:12 AM horas del 20/01/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1084869609**

Apellidos y Nombres: **ROCHA USA YULIANA**

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. 289984557

PIB
21:23:56

Bogotá DC, 26 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) YULIANA ROCHA USA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1084869609:

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

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 20 de enero de 2026, a las 11:03:10, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1084869609
Código de Verificación	1084869609260120110310

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

BIENESTAR FAMILIAR	**PROCESO ADQUISICIÓN BIENES Y SERVICIOS** FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES CONTRA NIÑOS NIÑAS Y ADOLESCENTES	F4.P5.ABS	14/11/2019
		Versión 1	Página 1 de 1

El(la) suscrito(a)**YULIANA ROCHA USA** identificado con C.C No. **1084869609** expedida en **IQUIRA- HUILA,** 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, 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 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 **TESALIA-HUILA,** el día **VEINTE (20)** de **ENERO** del **2026.**

Firma Yuliana Rocha
Nombre Yuliana Rocha
Cédula 1084869609

PÚBLICA

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 11:08:19 horas del 20/01/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1084869609,** Apellidos y Nombres **ROCHA USA YULIANA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **fundacion grupo libertad**, con NIT **900027451-0** 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.

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

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, 20/01/2026 10:59:18 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1084869609 YULIANA ROCHA USA.**

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. **132990751** . 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

El Notario Único de Tesalia (H), HACE CONSTAR que esta copia fue tomada de su original que tuve a la vista.

10 ENE 2020

REPÚBLICA DE COLOMBIA JESUS ANTONIO ANDRADE S. NOTARIA ÚNICA DEL CIRCULO DE TESALIA

Jesús Antonio Andrade Silva
NOTARIO

La República De Colombia
Y en su nombre La

Institución Educativa "María Auxiliadora"
Iquira Huila

Creada y Organizada por Decretos 1201 de 2002 y 1005 de 2003 y Aprobación de Estudios Según Resolución No. 0870 del 18 de marzo de 2014, de la Gobernación del Huila. Registro Educativo No. N-1519115-106 - DANE. 141357000010

Confiere a:

Yuliana Rocha Usa

T.I. No. 971124/1236

El Título de:

Bachiller Académico

Por Haber Cursado y Aprobado los Estudios Correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, Jornada Fin de Semana Según los Planes y Programas Vigentes.

Acta General de Graduación

No. 50 libro 01 Folio 107 del 29 de Noviembre de 2014.

En constancia se expide y firma el presente diploma en Iquira Huila, el día 29 del mes de noviembre del año 2014

Esp. ALIRIO GUEVARA SÁNCHEZ
C.C. No. 12.190.239 de Garzón (H)
Rector

FANNY TAMAYO MARTINEZ
C.C. No. 26.514.854 de Iquira (H)
Secretaria

REPUBLICA DE COLOMBIA
SECRETARIA DE EDUCACIÓN DEL HUILA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA MARÍA AUXILIADORA
IQUIRA - HUILA

Creada y organizada por Decretos 1201 de 2002 y 1005 de 2003 y Aprobación de estudios
Según Resolución 0870 del 18 de marzo de 2014 de la Gobernación del Huila
Registro Educativo Nº N -1519115-106 DANE 141357000010

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

En la Rectoría de la Institución Educativa María Auxiliadora del Municipio de Iquira Huila, se reunieron el Rector y la Secretaria Académica con el fin de verificar la situación legal de los alumnos del ciclo veintiséis (26) de la educación de adultos, (Decreto 3011 de 1997), que equivale al grado once (11º) en la educación formal, Jornada Fin de Semana y formalizar su graduación.

Comprobada la situación académica y legal de cada uno de los alumnos que cursaron el ciclo 26 (grado once) durante el año lectivo 2014 y que cumplieron con los programas y plan de estudios para la Media Académica, según concepto de la comisión de evaluación y promoción, se procedió a otorgar el título de.

Bachiller Académico

Al graduando cuyos nombres, apellidos y documento de identidad se relacionan a continuación:

Yuliana Rocha Usa
T.I.No.97112411236

El Notario Único de Tesalia (H), HACE CONSTAR que esta copia fue tomada de su original que tuve a la vista.
10 ENE 2020

Es fiel copia tomada del Acta General de Graduación No. 50 del 28 de Noviembre de 2014, que consta de Veintiseis (26) alumnos graduando y comienza con el nombre de Arias Sotelo Mónica y se cierra con el nombre de Zúñiga Fandiño Bercy Magnolia.

Dada en Iquira Huila a los Veintiocho (28) días de Noviembre de 2014.

Jesús Antonio Andrade Silva
NOTARIO

Esp. ALIRIO GUEVARA SÁNCHEZ
C.C.Nº 12.190.839 de Garzón
Rector

FANNY TAMAYO MARTÍNEZ
C.C.Nº 26.514.854 de Iquira
Secretaria

El Notario Único de Tesalia (H), HACE CONSTAR que esta copia fue tomada de su original que tuve a la vista.

10 ENE 2020

Jesús Antonio Andrade Silva
NOTARIO

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que

YULIANA ROCHA USA

Con Cedula de Ciudadania No. 1084869609

Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad, le confiere el

Título de

TÉCNICO EN

ATENCION INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA.

En testimonio de lo anterior, se firma el presente Titulo en Paicol, a los catorce (14) días del mes de noviembre de dos mil dieciocho (2018)

Firmado Digitalmente por
ADRIANA MARCELA VALENCIA CARDONA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

ADRIANA MARCELA VALENCIA CARDONA
SUBDIRECTORA CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DEL HUILA
REGIONAL HUILA

43498983 - 14/11/2018
No y FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9526001369481CC1084869609C.

REGIONAL HUILA
CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DEL HUILA

ACTA DE GRADO

No Y FECHA REGISTRO 57394562 - 29/04/2019

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CONSIDERANDO

Que: YULIANA ROCHA USA, Con Cedula de Ciudadania No. 1084869609

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

PROFUNDIZACIÓN TÉCNICA EN EJECUCION DE ACTIVIDADES RECREATIVAS PARA POBLACION INFANTIL

En constancia de lo anterior se firma la presente en Paicol, a los veintinueve (29) días del mes de abril de dos mil diecinueve (2019)

Firmado Digitalmente por
ADRIANA MARCELA VALENCIA CARDONA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

ADRIANA MARCELA VALENCIA CARDONA
SUBDIRECTORA CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DEL HUILA
REGIONAL HUILA

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9526001823924CC1084869609A.

	FUNDACION GRUPO LIBERTAD NIT - 900.027.451-0		CÓDIGO: AG-DC-008
	Fecha de elaboración: 30 de enero de 2025	**Fecha última modificación:** 30 de enero de 2025	**Versión:** 1

LA REPRESENTANTE LEGAL DE LA FUNDACION GRUPO LIBERTAD

CERTIFICA

Que la señora **YULIANA ROCHA USA** identificada con cédula de ciudadanía número **1084869609**, estuvo vinculada como **MADRE COMUNITARIA** en la modalidad Familiar y Comunitaria – servicio HCB en el marco de la política pública de atención integral a la Primera Infancia en el municipio de TESALIA - Huila; con el objetivo de promover el desarrollo integral de niñas y niños desde los 18 meses hasta 4 años, 11 meses y 29 días, a través de acciones pedagógicas para el goce efectivo de sus derechos, la protección integral, la participación organizada de la familia y la comunidad; de acuerdo a los términos que se relacionan:

DURACION DEL CONTRATO	ESTADO DEL CONTRATO
DESDE EL 30 DE DICIEMBRE DEL 2024, HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DEL 2025	Liquidado

Se expide a solicitud de la parte interesada en Pitalito - Huila, a los veinte siete (27) días del mes de diciembre del 2025.

Atentamente,

EDNA MARITZA LOZANO TORRES
REPRESENTANTE LEGAL

Dirección: Carrera 2 No 2 sur 14 – Tarqui - Huila
Correo electrónico: grupolibertadtalentohumano@gmail.com
Teléfono: 3116341368 - 3102053539

Powered by CamScanner

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

CERTIFICA

Que la señora **YULIANA ROCHA USA** identificada con cédula de ciudadanía número **1084869609**, estuvo vinculada como **MADRE COMUNITARIA** en la modalidad Hogares Comunitarios de Bienestar - HCB en el marco de la política pública de atención integral a la Primera Infancia en el municipio de Tesalia - Huila; con el objetivo de promover el desarrollo integral de niñas y niños desde los 18 meses hasta 4 años, 11 meses y 29 días, a través de acciones pedagógicas para el goce efectivo de sus derechos, la protección integral, la participación organizada de la familia y la comunidad; de acuerdo a los términos que se relacionan:

DURACION DEL CONTRATO	ESTADO DEL CONTRATO
Desde el 01 de abril de 2024, hasta el 28 de diciembre de 2024.	Liquidado

Se expide a solicitud de la parte interesada en Pitalito - Huila, a los treinta (30) días del mes de diciembre de 2024.

LUZ ANGELA URBANO ONATRA
REPRESENTANTE LEGAL

Powered by CamScanner

CERTIFICACIÓN LABORAL

Yo NIRSA LADINO QUIBANO identificada con número de cedula 1084866295 de Iquira – Huila, hago constar que la señora YULIANA ROCHA USA identificada con numero de cedula 1084869609 de Iquira, presto sus servicios cómo auxiliar pedagógica en la CORPORACION NUTRICION SALUD Y BIENESTAR NSB DE COLOMBIA con NIT 900407911-8, en la vereda el Tote desde el 1 marzo del 2019 hasta el 31 de noviembre del 2019.

Constancia que se emite a solicitud de la parte interesada, en Iquira Huila a los veintinueve (29) días del mes de noviembre del año 2021

Atentamente

NIRSA LADINO QUIBANO
CC. 1.084.866.295 de Iquira
Tel. 3178364790

LA DOCENTE DEL GRADO PRIMERO DE LA SEDE DIVINO NIÑO JESUS DE LA INSTITUCION EDUCATIVA EL ROSARIO DEL MUNICIPIO DE TESALIA HUILA

HACE CONSTAR :

Que **YULIANA ROCHA USA**, identificada con la cédula de ciudadanía número 1.084.869.609 expedida en Iquira Huila, prestó sus servicios como pasante en el Grado Primero de la Sede Divino Niño Jesús de la Institución Educativa El Rosario; Durante este tiempo demostró su capacidad, responsabilidad, creatividad y ética profesional.

Dada en Tesalia Huila, a los Veintidós (22) días del mes de Octubre del año 2018.

MERCEDES MENZA BONILLA
C.C.26.470.527
Docente

INSTITUCION EDUCATIVA
EL ROSARIO

"El talento humano nuestro mayor compromiso"

LA RECTORA

C E R T I F I C A :

Que **YULIANA ROCHA USA**, identificada con cédula de ciudadanía número 1.084.869.609 expedida en Iquira Huila, Pasante, Técnico en atención integral a la Primera Infancia del SENA-CDATH, prestó sus prácticas productivas en esta Institución, sede Divino Niño Jesús, durante seis meses comprendidos del 16 de abril al 19 de octubre de 2018.

Que durante este tiempo hizo acompañamiento a los estudiantes, demostrando su capacidad, responsabilidad, creatividad y ética profesional.

Tesalia, 18 de junio de 2018.

MERCEDES MENZA BONILLA
Docente grado 1º.

V.B.. EILEEN ARELIS BRAND PEREZ
C.C 26.471.564 de Tesalia Huila

Gobernación del Huila

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

PLAN DE CAPACITACIÓN CONTINUA EN MANIPULACION DE ALIMENTOS

MUNCIPIO: TESALIA
FECHA DE CAPACITACION: 30-04-25
NOMBRES Y APELLIDOS DEL MANIPULADOR: YULIANA ROCHA USA
CEDULA DE CIUDADANIA: 1084869609

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.	**DIA/MES/AÑO** 30-04-25 **CAPACITADOR:** ANDRES F P
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.	**DIA/MES/AÑO** 30-04-25 **CAPACITADOR:** ANDRES F P
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	**DIA/MES/AÑO** 30-04-25 **CAPACITADOR:** ANDRES F P
MODULO 2: ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR LOS ALIMENTOS Y CONSERVACIÓN			
4.	2 Hora	7. ¿Qué son las Enfermedades transmitidas por los alimentos? (ETA) 8. Síntomas 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	**DIA/MES/AÑO** 30-04-25 **CAPACITADOR:** ANDRES F P

Gobernación del Huila

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

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 actitudes que se consideren necesarias al trabajar con alimentos, para conservar las caracteristicas de inocuidad de los alimentos y su manejo higiénico, resaltar la importancia del manipulador de alimentos en relación a la higiene y salubridad.	**DIA/MES/AÑO** 30-04-25 **CAPACITADOR:** ANDRES F P:
MODULO 3 - MEDIDAS HIGIÉNICAS PARA PREVENIR LA CONTAMINACIÓN DE LOS ALIMENTOS			
6.	2 Horas	11. Condiciones del personal que manipula alimentos 12. ¿como 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 criticos de contaminación de alimentos.	**DIA/MES/AÑO** 30-04-25 **CAPACITADOR:** ANDRES F P

La secretaria de Salud Departamental del Huila de acuerdo a lo establecido en la resolución 2674 de 2013 en su capítulo III articulo 12, 13 y 36 certifica que el señor (a) YULIANA ROCHA USA, identificado con Cedula de ciudadanía Nº 1084869609 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: 30-04-25 TESALIA-HUILA

ING. ANDRES FELIPE PERDOMO BONILLA
INSPECTOR DE ALIMENTOS Y BEBIDAS MUNICIPIO DE TESALIA, NATAGA, LA PLATA ZONA 2.

DANIELA VASQUEZ CEDEÑO
Médico Cirujano
Universidad El Bosque
Resd. Calle 4 No 3-49 Tel. 8370139
La plata, Huila

CERTIFICACIÓN MÉDICA

SE CERTIFICA QUE EN LA FECHA SE EXAMINÓ **YULIANA ROCHA USA** CON **CC 1084869609** Y SE EVIDENCIÓ QUE NO CURSA CON NINGUNA ENFERMEDAD ORGÁNICA, QUE LE IMPIDA VIVIR EN COMUNIDAD Y REALIZAR ACTIVIDADES QUE CONLLEVEN LA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS.

APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS.

FECHA: 21/01/2026

DANIELA VASQUEZ CEDEÑO ANGEL
CC 1020744698

IPS
NANCY CEDEÑO ANGEL

LABORATORIO CLINICO
IPS NANCY CEDEÑO ANGEL
NIT 901532080-0

20260121030

Reporte de resultados

Paciente:	YULIANA ROCHA USA	Número de Orden:	20260121030
Identificación:	1084869609	Fecha de nacimiento:	Nov 24, 1997
Genero:	Femenino	Fecha de ingreso:	2026-01-21T10:01:49.200-05:
Edad:	28.1.28 Años	Tipo de Servicio:	PARTICULAR

Valores de referencia
min - max

COPROANALISIS

COPROLOGICO

COLOR	**CAFE**
CONSISTENCIA	**BLANDA**
QUISTES DE ENTAMOEBA COLI	**+**

Verificado Por:

MARIA NANCY CEDEÑO ANGEL
CC 26528694
COORDINADORA LABORATORIO CLINICO

Fecha de Verificación: 2026-01-21 14:07

Validado Por

Andrea Vega P.

Andrea Carolina Vega Palacios
C.C 1193363855
Bacteriologa

Fecha de validación: 2026-01-21 11:19

MICROSCOPIA

FROTIS FARINGEO

COCOS GRAM POSITIVO: ++
PMN: ESCASOS

KOH

TIPO DE MUESTRA

RASPADO DE UÑAS.

EXAMEN MICROSCOPICO KOH

NEGATIVO PARA ESTRUCTURAS MICOTICAS.

Verificado Por:

MARIA NANCY CEDEÑO ANGEL
CC 26528694
COORDINADORA LABORATORIO CLINICO

Fecha de Verificación: 2026-01-21 14:07

Validado Por

Andrea Vega P.

Andrea Carolina Vega Palacios
C.C 1193363855
Bacteriologa

Fecha de validación: 2026-01-21 11:26

'La interpretación clínica de éste examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico tratante'

DRA. STHEFANNY ARTUNDAGA PIZO

ESP. EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.
UNIVERSIDAD DE BOYACA
Licencia 1500 de 2025 expedida por la Secretaria Dptal del Huila

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

DIAGNOSTICO OCUPACIONAL

Carrera 5 este NO. 18-35 villas de San Carlos
Cel(s). 3212769649 – 3132012622

Ciudad de Expedición: LA PLATA - HUILA

Fecha de Reconocimiento: 2025-07-05 16:57

DATOS BASICOS

Empresa:
FUDACION GRUPO LIBERTAD

Nit: 900027451-0

Nombres y apellidos: YULIANA ROCHA USA
Cargo actual: MADRE COMUNITARIA
Fecha de nacimiento:29-11-1997

Edad: 28 años

Cedula: 31084869609

Genero: Femenino

TIPO DE EXÁMEN

INGRESO [X] OSTEOMUSCULAR [X] MANIPULACION DE ALIMENTOS [X]

EXÁMENES AUXILIARES DIAGNÓSTICOS

Laboratorios: [X] KOH UÑAS - FROTIS DE GARGANTA- COPROLOGICO
Otros servicios: [X] CERTIFICADO DE MANIPULACION DE ALIMENTOS

DIAGNÓSTICO OCUPACIONAL (Este concepto está sujeto a profesiograma de la empresa.)

CONCEPTO DE APTITUD PARA EL CARGO: SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA EL CARGO. SIN RESTRICCIONES PARA OSTEOMUSCULAR, SIN RESTRICCIONES PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS.
Restricciones: Ninguna

OBSERVACIONES

REMISIÓN EPS: NO
REMISIÓN ARL: NO
OTROS EXÁMENES DIAGNÓSTICOS: NO
PVE Ninguna
SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL: NO

RECOMENDACIONES

PERSONALES:

SE EXPLICA DE FORMA VERBAL AL PACIENTE SU ESTADO DE SALUD DE ACUERDO A LA VALORACIÓN REALIZADA EN EL DÍA DE HOY. SE DAN RECOMENDACIONES AL PACIENTE, LAS CUALES REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR, SE INDICA HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, DIETA CON BAJA INGESTA DE SAL, AZÚCARES, EMPAQUETADOS Y ENLATADOS, DISMINUIR CONSUMO DE HARINAS Y FRITOS. EVITAR HÁBITO DE TABAQUISMO O CONSUMO DE ALCOHOL, HACER ACTIVIDAD FÍSICA ENTRE 3 A 5 VECES POR SEMANA, AL MENOS 30 A 40 MIN.

MEDICAS:

CONTINUAR CONTROLES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN POR SU EPS (SON CONTROLES DE RUTINA)

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO:

CUMPLE CON EL PERFIL DEL CARGO, SE DAN RECOMENDACIONES DE POSICIONES ERGONOMICAS EN SU SITIO DE TRABAJO Y PARA LA MANIPULACIÓN DE CARGA - DESCARGA DE ELEMENTOS. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL, USO ADECUADO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN EL CARGO. MANTENER LAS MANOS

DRA. STHEFANNY ARTUNDAGA PIZO
ESP. EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.
UNIVERSIDAD DE BOYACA
Licencia 1500 de 2025 expedida por la Secretaria Dptal del Huila

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

DIAGNOSTICO OCUPACIONAL

Carrera 5 este NO. 18-35 villas de San Carlos
Cel(s). 3212769649 – 3132012622

LIMPIAS Y UÑAS CORTAS, EN CASO DE PRESENTAR SÍNTOMAS RESPIRATORIOS Y/O GASTROINTESTINALES (LE FALTA EL AIRE, MAREOS, DOLOR DE GARGANTA, VÓMITOS, NAUSEAS, DOLOR DE ESTOMAGO, DIARREA ETC), ASISTIR AL MEDICO PARA SU REVISIÓN OPORTUNA Y HASTA ENTONCES USAR CUBREBOCAS Y GUANTES DURANTE LA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS HASTA INDICACIONES MEDICAS.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, YULIANA ROCHA USA , identificado con CC: 1084869609 *, autorizo al médico abajo mencionado a que me realice de manera voluntaria el examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, interpretación, limitaciones y riesgos del examen médico y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que el médico de a la misma. Autorizo que suministre la información necesaria a personas o entidades contempladas en la legislación para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional, así mismo dejo constancia que recibí copia del certificado ocupacional.*

Evaluado por:

Esp. Seguridad y Salud en el Trabajo
Universidad de Boyacá

STHEFANNY ARTUNDUAGA PIZO
ESP. Seguridad y Salud en el Trabajo
Universidad de Boyacá

Trabajador:

Yuliana Rocha Usa

YULIANA ROCHA USA
1084869609

SIEMPRE LISTOS PARA Servir!

FUNDACIÓN
EQUIPO SCOUT DE EMERGENCIA
SIN FRONTERAS
REGIÓN HUILA
NIT: 901253243-7

Organización No Gubernamental Sin Ánimo de Lucro

CERTIFICA QUE:

YULIANA
ROCHA USA

DI : 1084869609

Asistió y Cumplió los objetivos requeridos para:

EL CURSO DE FORMACION Y ENTRENAMIENTO

"PRIMEROS AUXILIOS BASICOS"

En consideración al cumplimiento de los requisitos y disposiciones dadas por el Ministerio de Salud y la Protección Social en la Res. 3100 de 2019.

Desarrollado del 24 al 28 de Febrero de 2025.
Según decreto: 4904 DE 2009 En concordancia con el Decreto 2150 DE 1995
Con Intensidad horaria de: 20 horas.
Mediante Presencialidad Remota Asistida y usos de las tic's.

Valido: FEBRERO 8 / 2027

FRAN RENE ANAYA LEDEZMA
Director Formación Regional
Equipo Scout de Emergencia

RODRIGO MOYA MARIN
Subdirector Región Huila
Equipo Scout de Emergencia

PAB2025020

SIEMPRE LISTOS PARA Servir!
www.esecolombia.org

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 32.936

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
30 DÍA	04 MES	2024 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)

ROCHA USA YULIANA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	26 AÑOS 5 MESES 5 DÍAS	CC	1084869609
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
MADRE COMUNITARIA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

EL EXAMEN MÉDICO NO PRESENTA DEFECTOS NI PATOLOGÍAS

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 VISUA	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA
	SVE OSTEOMUSCULAR	
	CAPACITACIÓN : ERGONOMIA , BPM	
	OTROS : DESPARASITACION INMEDIATA 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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

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: 1,762

Ciudad: LA PLATA (HUILA, COLOMBIA) 30/04/2024 - 09:42 A. M. **Fecha Atención:** 30/04/2024 09:42:25a. m.

CC: 1084869609 **Nombres y Apellidos:** ROCHA USA YULIANA **Fecha de Nacimiento:** 24/11/1997 **Edad:** 26 AÑOS 5 MESES 5 DÍAS

Genero: FEMENINO **Estado Civil:** SOLTERO(A) **Dirección:** CASA 24 BARRIO PORVENIR-PACARNI **Teléfono:** **Celular:** 3223587618

Entidad: CORPORACIÓN HUELLA DE AMOR PARA TU VIDA CORHUELLAS **Profesión o Cargo:** MADRE COMUNITARIA

Funciones del Cargo: CUIDADO DE MENORES DE 2 A 4 AÑOS PACARNI HOGA **Nivel Académico:** TÉCNICO **Acudiente:**

Teléfono del Acudiente: **Parentesco:**

Diagnóstico:

PARA ESTA VALORACIÓN PSICOLOGICA DE INGRESO SE APLICO LA PRUEBA MINIMENTAL QUE EVALUA LA FUNCIÓN EJECUTIVA Y VISOESPACIAL, LA IDENTIFICACIÓN, LA MEMORIA, LA ATENCIÓN, EL LENGUAJE, LA ABSTRACCIÓN, EL RECUERDO Y LA ORIENTACIÓN, PARA LA DETECCIÓN DE LAS ACTITUDES PSICOLÓGICAS CONSIDERADAS DEL RIESGO PARA LA REALIZACIÓN DEL EJERCICIO COMO MADRE COMUNITARIA, AL IGUAL QUE SE APLICO UNA ENTREVISTA DIRECTA SEMIESTRUCTURADA Y UNA VALORACIÓN DE EXAMEN MENTAL PSICOLÓGICO.

SE CONSIDERA BUENA PERSONA, TRABAJADORA, RESPONSABLE CON SUS DEBERES, SOCIABLE, CON METAS Y PORYECTOS SE CONSIDERA EJE CENTRAL EN SU HOGAR.

EXAMEN MENTAL

PRINCIPALMENTE 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 EXPRESION 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.
PERCEPCION: 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, SEGUN EL EXAMEN MENTAL LOS RESULTADOS OBTENIDOS SON POSITIVOS Y LA ENTREVISTA SE EVIDENCIA NORMALIDAD, POR LO QUE SE CONSIDERA APTO PARA EL DESARROLLO DE SU 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: ROCHA USA YULIANA
CC: 1084869609

Servicios Integrales De Salud
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: 7,344

Fecha: 30/04/2024 **Municipio:** LA PLATA (HUILA, COLOMBIA) **CC:** 1084869609 **Nombre:** ROCHA USA YULIANA **Edad:** 26 AÑOS 5
Genero: FEMENINO **Profesión o Cargo:** MADRE COMUNITARIA **Empresa:** CORPORACIÓN HUELLA DE AMOR PARA TU VIDA CORI
Eps: **Tipo Evaluación Medica:** CONSULTA MEDICA OCUPACIONAL INGRESO (MEDICO) **F. Último Examen:** N/A
Lugar del Último Examen: NA **Motivo Consulta:** VISIOMETRIA 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	20/100	05	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
O.I:	NO APLICA	20/ 150	05	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
A.O:	NO APLICA	20/ 90	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

REMISIONES

VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA BAJO CICLOPLEJIA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

TEST ISHIHARA: NORMAL
ESTEREOPSIS: 40" ARCO
PPC: NARIZ
MOTILIDAD OCULAR: ORTOFORIA
EXAMEN EXTERNO: PINGUECULA NASAL AO

APTO VISUAL.
*CORRECCION DE AMETROPIA.

OPTOMETRA

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

Código de Seguridad
J631P3V7344

PACIENTE

Yuliana R.

Firma:
Nombre: ROCHA USA YULIANA
CC: 1084869609