FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Liponse	Viquez	Judith Magaly

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1019120844

GENERO: F (X) M ( ) NB ( )

NACIONALIDAD: COL. ( ) EXTRANJERO ( ) PAÍS

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 11 MES 07 AÑO 1996

PAÍS

DEPTO

MUNICIPIO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

PAÍS DEPTO

MUNICIPIO

TELÉFONO EMAIL judith.liponse@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	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	07	AÑO	2014

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	3	X		TECNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERIA	07	2025	

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) **TR_DES** (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO) RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR			PÚBLICA: X		PRIVADA:		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: HUILA	MUNICIPIO: ÍQUIRA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS: 3176407239	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	01	Mes	02	Año	2023	Día	20	Mes	12	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL: AGENTE EDUCATIVA	DEPENDENCIA: ESTRATEGIA SEMILLAS DE VIDA-						DIRECCIÓN: Rio negro iquira Huila					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR			PÚBLICA: X		PRIVADA:		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: HUILA	MUNICIPIO: ÍQUIRA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS: 3162703203	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	01	Mes	02	Año	2022	Día	22	Mes	12	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL: AGENTE EDUCATIVA	DEPENDENCIA: ESTRATEGIA SEMILLAS DE VIDA-						DIRECCIÓN: Río Negro iquira Huila					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* ÍQUIRA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3176407239	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	02	*Año* 2015	*Día*	28	*Mes*	11	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL MADRE COMINITARIA	*DEPENDENCIA* ESTRATEGIA SEMILLAS DE VIDA-					*DIRECCIÓN* Rio negro iquira Huila					

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	3	7
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Rionegro,Iquira, Huila. 27/08/2025

Judith Lipose

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS





FECHA DE NACIMIENTO **11-JUL-1996**

IQUIRA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

16-JUL-2014 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

A-1902500-01269169-F-1019120844-20211126 0076889582A 1 8503379951

2025SAL00057905

Secretaría de Salud Departamental

Radicado:
2025CS051949
Fecha:2025-07-28

RESOLUCIÓN No. **1834** del **28/07/2025**
Por la cual se concede una Autorización para el Ejercicio de la Ocupación

EL SECRETARIO DE SALUD DEL HUILA

En uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el Decreto 1352 de julio de 2000 por el cual modifica parcialmente el Decreto 1875 de 1994, Ley 1164 de 2007, Resolución 3030 del 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social y,

CONSIDERANDO

Que **JUDITH MAGALY LIPONSE VIQUEZ**, con **Cédula de Ciudadanía** No. **1019120844** expedida en **BOGOTÁ**, solicitó ante esta Secretaría la autorización para ejercer como **AUXILIAR EN ENFERMERIA**.

Que presentó el certificado de estudios otorgado por **EL CENTRO DE EDUCACION PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO CESALUD**, en **NEIVA, 05/07/2025**.

Que estudiada la documentación presentada por el solicitante estas cumplen con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes.

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO: Autorizar a **JUDITH MAGALY LIPONSE VIQUEZ**, con **Cédula de Ciudadanía** No. **1019120844** expedida en **BOGOTÁ**, para ejercer como **AUXILIAR EN ENFERMERIA**, en el territorio Nacional.

ARTÍCULO SEGUNDO: Que el profesional o auxiliar quedará inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (RETHUS) dentro de los primeros (5) cinco días hábiles del mes inmediatamente siguiente al de expedición de este Acto Administrativo.

ARTÍCULO TERCERO: La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Neiva (Huila), el **28/07/2025**

CESAR GERMAN ROA TRUJILLO
Secretario de Salud del Huila

Código de verificación: **9HLG6VUHU9W**

2025SAL00059999

Secretaría de Salud Departamental

Al contestar, por favor cite estos datos

Radicado:
2025CS053817-1
Fecha:2025-08-01

2025COR00030664

Neiva, Agosto 1 de 2025

Señor(a):
JUDITH MAGALY LIPONSE VIQUEZ
Tel: 3189882770
Iquira / Huila

Asunto: RESPUESTA OFICIO No. 30664.

Cordial Saludo,

Teniendo en cuenta su solicitud, comedidamente nos permitimos informarle que se envía autorización para el ejercicio de la ocupación.

Según Resolución 3030 del 22 de junio de 2014, le informamos que quedará inscrita en el Registro Único Nacional del Talento en Salud (RETHUS), dentro del sexto día hábil del mes inmediatamente siguiente al de expedición de este Acto Administrativo. Dicha inscripción puede ser consultada en el siguiente enlace: https://web.sispro.gov.co/THS/Cliente/ConsultasPublicas/ConsultaPublicaDeTHxIdentificacion.aspx; registrando solamente tipo y número de identificación.

Lo anterior para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,

ROLDAN MONTEALEGRE CARDENAS
Profesional Especializado

Proyectó: Ines Soledad Andrade Yunda

EL SUSCRITO GOBERNADOR Y SECRETARIO DEL CABILDO INDIGENA HUILA, EN USO DE SUS FACULTADES CONSTITUCIONAL OTORGADAS POR EL ARTÍCULO 246 DE LA CONSTITUCIN POLITICA DE CO OMBIA Y DE LAS LEGALES OTORGADAS POR LA LEY 89 DE 1890, LEY 21 DE 1991, BAJO AUTONOMIA ADMINISTRATIVA, POLITICA, SOCIAL Y JURIDICA DENTRO DEL TERRITORIO Y CONVENIO 169 DE LA OIT.

QUE EN CONCORDANCIA CON EL CABILDO INDÍGENA BAJO LAS NORMAS CONFERIDAS POR LA LEY 89 DE 1890 EN SUS ARTÍCULOS 5 Y 7, POR EL CONVENIO 169 DE LA OIT RATIFICADO POR LA LEY 21 DE 1991, EN LOS COMPONENTES ESENCIALES CON LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS Y DE DERECHOS ESPECIALES DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS Y CON LA PROTECCIÓN DE LOS PUEBLOS.

CERTIFICA:

A La señora: **JUDITH MAGALY LIPONSE VIQUEZ** Identificada con C.C N.º **1.019.120.844** expedida en la ciudad de Bogotá (D.C), de Rionegro Iquira, quien conserva su identidad cultural, social, política y económica, y conserva su estado territorial y parcialidad que convergen en este resguardo indígena; quien prestó sus servicios en el programa de MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL como: **AGENTE EDUCATIVA desde el periodo 01/02/2022 hasta 22/12/2022,** cumpliendo satisfactoriamente su cargo ante la comunidad.

El Certificado es expedido por el Cabildo Indígena Huila, bajo toda responsabilidad penal o civil a favor de la comunera interesada, pedimos a todas las autoridades civiles y de más prestarle la colaboración solicitada.

La autoridad Ancestral (cabildo) da fe de lo dicho asumiendo toda responsabilidad penal y civil a que halle lugar con el reconocimiento de la jurisdicción Especial Indígena de la constitución de 1991 dentro sus sistemas de protección social y las contrarias a estas serán sancionadas por la ley 89 de 1.890.

Dado y firmado en el Resguardo Indígena Huila, Municipio de Iquira, Inspección de Rionegro, A los treinta y un (31) días del mes de enero del dos mil veintitrés (2023).

SIMON EVELIO PACHO CAINAS
C.C 76006851 de Páez (C)
Gobernador principal Cabildo Indígena Huila

Luceida Chindicue
LUCEIDA CHINDICUE E
C.C 1084868215 de Iquira (H).
secretaria cabildo Indígena Huila

EL SUSCRITO GOBERNADOR Y SECRETARIO DEL CABILDO INDIGENA HUILA, EN USO DE SUS FACULTADES CONSTITUCIONAL OTORGADAS POR EL ARTÍCULO 246 DE LA CONSTITUCIN POLITICA DE CO OMBIA Y DE LAS LEGALES OTORGADAS POR LA LEY 89 DE 1890, LEY 21 DE 1991, BAJO AUTONOMIA ADMINISTRATIVA, POLITICA, SOCIAL Y JURIDICA DENTRO DEL TERRITORIO Y CONVENIO 169 DE LA OIT.

QUE EN CONCORDANCIA CON EL CABILDO INDÍGENA BAJO LAS NORMAS CONFERIDAS POR LA LEY 89 DE 1890 EN SUS ARTÍCULOS 5 Y 7, POR EL CONVENIO 169 DE LA OIT RATIFICADO POR LA LEY 21 DE 1991, EN LOS COMPONENTES ESENCIALES CON LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS Y DE DERECHOS ESPECIALES DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS Y CON LA PROTECCIÓN DE LOS PUEBLOS.

CERTIFICA:

A La señora: **JUDITH MAGALY LIPONSE VIQUEZ** Identificada con C.C N.º **1.019.120.844** expedida en la ciudad de Bogotá D.C. es comunera de este Resguardo Indígena, censada en la vereda de Huila, quien conserva su identidad cultural, social, política y económica, y conserva su estado territorial y parcialidad que convergen en este resguardo indígena; quien prestó sus servicios en el programa de MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL como: **AGENTE EDUCATIVA desde el periodo 01/02/2023 hasta 20/12/2023,** cumpliendo satisfactoriamente su cargo ante la comunidad.

El Certificado es expedido por el Cabildo Indígena Huila, bajo toda responsabilidad penal o civil a favor de la comunera interesada, pedimos a todas las autoridades civiles y de más prestarle la colaboración solicitada.

La autoridad Ancestral (cabildo) da fe de lo dicho asumiendo toda responsabilidad penal y civil a que halle lugar con el reconocimiento de la jurisdicción Especial Indígena de la constitución de 1991 dentro sus sistemas de protección social y las contrarias a estas serán sancionadas por la ley 89 de 1.890.

Dado y firmado en el Resguardo Indígena Huila, Municipio de Iquira, Inspección de Rionegro, a los treinta y un (31) días del mes de enero del dos mil veinticuatro (2024).

JOSE GUGU MUELAS
C.C 76.006.273 de Páez (C)
Autoridad principal
Territorio Nasa Páez Huila

Andrea Etsecue Baicue

ANDREA ETSECUE BAICUE
C.C 1.004.491.139 de Neiva (H)
secretaria principal
Territorio Nasa Páez Huila

La República de Colombia
El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre el

Centro Johann Kepler

Autorizado por la Secretaria de Educación de Santafé de Bogotá. D. C.
según Resolución No. 2091 del 1 de julio de 1999.
Resolución No. 07-0272 del 4 Octubre de 2010
Resolución No. 04391 del 20 de Septiembre de 2011
y Resolucion No. 110041 del 31 de Enero de 2012

Confiere a:

JUDITH MAGALY LIPONSE VIQUEZ

T. I. 920711-20572 de Iquira (Hui)

BACHILLER ACADEMICO

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica, según los planes y programas vigentes

Andrés L. Salazar W.
Rector (a)

John Cesar Triviño
Secretario (a)

Acta Individual de Grado

Centro Johann Kepler

Autorizado por la Secretaria de Educación de Santa fe de Bogotá, D.C.
Según Resolución No. 2091 del 1 de julio de 1999
Resolución No. 07-0272 del 4 Octubre de 2010
Resolución No. 04391 del 20 de Septiembre de 2011
y Resolución No. 110041 del 31 de Enero de 2012

En la ciudad de Bogotá D.C. a los Seis (6) días del mes de Julio de 2014, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de grado Once, los suscritos Rector y Secretario del CENTRO JOHANN KEPLER, institución aprobada hasta nueva visita en el nivel de educación Media Académica y autorizada para otorgar el título de BACHILLER ACADEMICO, según Resolución No. 110041 del 31 de enero de 2012.

Comprobada la situación legal y Académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de educación Básica y Media Académica se procedió a otorgar el título de:

Bachiller Académico

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

JUDITH MAGALY LIPONSE VIQUEZ
T. I. 920711-20572 de Iquira (Hui)

Es fiel copia tomada del acta original General No. 277 del Seis (6) de Julio de 2014 que consta de 127 estudiantes; comienza con el nombre de LAURA VANESA ABRIL PEREZ y termina con el nombre de LAURA ROCIO ZAMORA PINZON.

Dado en Bogotá D. C. a los Seis (6) días del mes de Julio de 2014.

Rector
Andrés Salazar White

Secretario
John César Triviño

No requiere registro, "según Decretos No. 921 del 6 de Mayo de 1994,
y 2150 del 5 de Diciembre de 1995 de la Presidencia de la República"

REPUBLICA DE COLOMBIA

CENTRO DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

CESALUD

Licencia de funcionamiento Resolución 0342 **del** 2/02/22, **otorgada por la Secretaria de Educación del** Municipio de Neiva **con Registro del programa No.** 2506/2020 Alcaldía De Neiva

EXPIDE EL CERTIFICADO DE TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN:

Auxiliar En Enfermería

A:

Judith Magaly Liponse Viquez

C.C. 1019120844 **De:** Bogotá D.C

Acta No. 159

Registrada en el folio 256 del libro 02 de actas por haber terminado satisfactoriamente el programa de estudios correspondientes a esta modalidad con una intensidad de 1800 horas.

Dado en Neiva Huila, a los 05 días del mes Julio del año 2025.

Director (a)

Centro de Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano

CESALUD

ACTA DE CERTIFICACION No. 159

Licencia de funcionamiento Resolución 0342 del 2 Feb 2022 , otorgada por la Secretaria de Educación del Municipio de Neiva con Registro del programa No. 2506 / 2020

CERTIFICA:

Que el día (04) Cuatro de Julio del año dos mil veinticinco (2025) Siendo las (19) horas, se reunió el Consejo de Dirección de CESALUD, para otorgar el CERTIFICADO DE TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN:

AUXILIAR EN ENFERMERÍA

A:

JUDITH MAGALY LIPONSE VIQUEZ

CC. 1019120844 De Bogotá D.C

Quién terminó satisfactoriamente sus estudios en el presente año de acuerdo a las normas emanadas por el Ministerio de Educación Nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social.

Intensidad horaria: 1800 Horas Folio No. 256 Libro de Acta No. 159

Presidió la Reunión: Danny Quintero De Perdomo Director(a)

Dada en Neiva Huila a los 05 días del mes de Julio de 2025

Director(a)

Secretaria

ACADEMIA EXPERTIA

Nit.901780059-8

Certifica

Judith Magaly Liponse Viquez

CC 1019120844 de Bogotá

Realizó y aprobó el Curso de Soporte Vital Básico (BLS)

con un total de 100 Horas.

Fecha de emisión: 2025-08-22

Fecha de vencimiento: 2027-08-21

Verificación

GENTIL VASQUEZ HERNANDEZ
REPRESENTANTE LEGAL

MARGARITA GUERRERO
RECTOR

CAMILO GARCIA
DIRECTOR ACADEMICO

EDUCACIÓN CON EXCELENCIA

Artículo 2.6.6.8 del Decreto 1075 de 2015 Ministerio de Educación Nacional - Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Protección Social

ACADEMIA EXPERTIA

Nit 901780059-8

Certifica

Judith Magaly Liponse Viquez

CC 1019120844 de Bogotá

Realizó y aprobó el Curso de Apoyo Integral Multidisciplinario para Víctimas de Violencia Sexual

con un total de 100 Horas.

Verificación

Fecha de emisión: 2025-08-22
Fecha de vencimiento: 2027-08-21

EDUCACIÓN CON EXCELENCIA

GENTIL VASQUEZ HERNANDEZ
REPRESENTANTE LEGAL

MARGARITA GUERRERO
RECTOR

CAMILO GARCIA
DIRECTOR ACADEMICO

Artículo 2.6.6.8 del Decreto 1075 de 2015 Ministerio de Educación Nacional - Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Protección Social

ACADEMIA EXPERTIA

Nit:901780059-8

Certifica

Judith Magaly Liponse Viquez

CC 1019120844 de Bogotá

Realizó y aprobó el Curso de Protocolo en la Toma de Muestra de Citología: Procedimientos y Estándares

con un total de 110 Horas.

Verificación

Fecha de emisión: 2025-08-22
Fecha de vencimiento: 2027-08-21

EDUCACIÓN CON EXCELENCIA

GENTIL VASQUEZ HERNANDEZ
REPRESENTANTE LEGAL

MARGARITA GUERRERO
RECTOR

CAMILO GARCIA
DIRECTOR ACADEMICO

Articulo 2.6.6.8 del Decreto 1075 de 2015 Ministerio de Educación Nacional - Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Protección Social

ACADEMIA EXPERTIA

Nit.901780059-8

Certifica

Judith Magaly Liponse Viquez

CC 1019120844 de Bogotá

Realizó y aprobó el Curso de Soporte Vital en Trauma Prehospitalario para Paramédicos y Equipos de Ambulancia (APH)

con un total de 100 Horas.

Verificación

Fecha de emisión: 2025-08-22
Fecha de vencimiento: 2027-08-21

EDUCACIÓN CON EXCELENCIA

GENTIL VASQUEZ HERNANDEZ
REPRESENTANTE LEGAL

MARGARITA GUERRERO
RECTOR

CAMILO GARCIA
DIRECTOR ACADEMICO

Artículo 2.6.6.8 del Decreto 1075 de 2015 Ministerio de Educación Nacional - Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Protección Social

ACADEMIA EXPERTIA

Nit.901780059-8

Certifica

Judith Magaly Liponse Viquez

CC 1019120844 de Bogotá

Realizó y aprobó el Curso Primeros Auxilios Avanzados

con un total de 90 Horas.

Fecha de emisión: 2025-08-22

Fecha de vencimiento: 2027-08-21

Verificación

GENTIL VASQUEZ HERNANDEZ
REPRESENTANTE LEGAL

MARGARITA GUERRERO
RECTOR

CAMILO GARCIA
DIRECTOR ACADEMICO

EDUCACIÓN CON EXCELENCIA

Artículo 2.6.6.8 del Decreto 1075 de 2015 Ministerio de Educación Nacional - Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Protección Social

ACADEMIA EXPERTIA

Nit 901780059-8

Certifica

Judith Magaly Liponse Viquez

CC 1019120844 de Bogotá

Realizó y aprobó el Curso de Toma y Transporte de Muestras para Laboratorio

con un total de 90 Horas.

Verificación

Fecha de emisión: 2025-08-22
Fecha de vencimiento: 2027-08-21

EDUCACIÓN CON EXCELENCIA

GENTIL VASQUEZ HERNANDEZ
REPRESENTANTE LEGAL

MARGARITA GUERRERO
RECTOR

CAMILO GARCIA
DIRECTOR ACADEMICO

Artículo 2.6.6.8 del Decreto 1075 de 2015 Ministerio de Educación Nacional - Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Protección Social

ACADEMIA EXPERTIA

Nit:901780059-8

Certifica

Judith Magaly Liponse Viquez

CC 1019120844 de Bogotá

Realizó y aprobó el Curso de Humanización en el Cuidado Centrado en el Paciente en el Area de la Salud

con un total de 110 Horas.

Verificación

Fecha de emisión: 2025-08-22
Fecha de vencimiento: 2027-08-21

EDUCACIÓN CON EXCELENCIA

GENTIL VASQUEZ HERNANDEZ
REPRESENTANTE LEGAL

MARGARITA GUERRERO
RECTOR

CAMILO GARCIA
DIRECTOR ACADEMICO

Artículo 2.6.6.8 del Decreto 1075 de 2015 Ministerio de Educación Nacional - Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Protección Social

ACADEMIA EXPERTIA

Nit.901780059-8

Certifica

Judith Magaly Liponse Viquez

CC 1019120844 de Bogotá

Realizó y aprobó el Curso Seguridad del Paciente: Avanzando hacia la Mejora Continua

con un total de 110 Horas.

Verificación

Fecha de emisión: 2025-08-22
Fecha de vencimiento: 2027-08-21

EDUCACIÓN CON EXCELENCIA

GENTIL VASQUEZ HERNANDEZ
REPRESENTANTE LEGAL

MARGARITA GUERRERO
RECTOR

CAMILO GARCIA
DIRECTOR ACADEMICO

Articulo 2.6.6.8 del Decreto 1075 de 2015 Ministerio de Educación Nacional - Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Protección Social

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

1019120844

Primer Nombre

JUDITH

Primer Apellido

LIPONSE

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

3700

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2025-08-26→11:13:55 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:
CC	1019120844	JUDITH	MAGALY	LIPONSE	VIQUEZ	Vigente

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) JUDITH MAGALY LIPONSE VIQUEZ identificado(a) con CC 1019120844 registra La siguiente información:

2025-08-26→11:13:55 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	AUXILIAR EN ENFERMERIA	2025-07-28	1834	GOBERNACION DEL HUILA - SECRETARIA DI SALUD DEPARTAMENTA

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

Talento Humano en Salud (ReTHUS).

SISPRO

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

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

Contacto

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

Términos y condiciones

Función Pública

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2025-08-26 11:32

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
JUDITH	MAGALY	LIPONSE	VIQUEZ

Documento de identificación

Tipo: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 1019120844

Lugar de nacimiento

País: COLOMBIA Departamento: HUILA Municipio: ÍQUIRA

Lugar de domicilio

País: COLOMBIA Departamento: HUILA Municipio: ÍQUIRA

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

Lugar de sede

País: COLOMBIA Departamento: HUILA Municipio: ÍQUIRA

Dirección: ["CALLE 2 No. 6-16"]

Cargo o función que cumple: CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2024 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$2.200.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	**$0,00**
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	**$0,00**
TOTAL	$2.200.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$3.000.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [X] No [ ]

Los Intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
WALTER	NICOLAS	ARANGO	CAYAPU

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 1079410426

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

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 05 de agosto de 2025, a las 19:12:06, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1019120844
Código de Verificación	1019120844250805191206

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

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 277846990

PIB
19:14:02

Bogotá DC, 05 de agosto del 2025

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) JUDITH MAGALY LIPONSE VIQUEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1019120844:

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.

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 07:09:13 PM horas del 05/08/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1019120844**

Apellidos y Nombres: **LIPONSE VIQUEZ JUDITH MAGALY**

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

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO

Todos los derechos reservados.

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, 05/08/2025 07:07:57 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1019120844** y Nombre: **JUDITH MAGALY LIPONSE VIQUEZ.**

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. **121075537** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 19:52:08 horas del 05/08/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1019120844,**
Apellidos y Nombres **LIPONSE VIQUEZ JUDITH MAGALY**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **Resguardo Indígena Llano Buco**, con NIT **813009725-1** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1019120844 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 25/08/2025 10:07 AM

Código Verificación: **FG258XWRUS**

Válida hasta: **23/11/2025**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

DECLARACIÓN DE INHABILIDADES, INCOMPATIBILIDADES E INEXISTENCIAS DE CONFLICTOS DE INTERÉS

Iquira, 26 de Agosto de 2025

Señores

E.S.E. HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA

IQUIRA - HUILA

Certifico bajo la gravedad de Juramento YO, Judith Magaly Lozano Vasquez, mayor de edad, natural de Rio Negro Iquira Huila, Identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 1019120844 de Bogotá D.C, CERTIFICO: Bajo la gravedad del juramento que se entiende con la mera presentación de este escrito, que no me encuentro incurso en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidades para contratar con el Estado Colombiano, de acuerdo al artículo 8 y 9 de la ley 80 de 1993, artículo 127 de la Constitución Nacional, artículo 18 de la Ley 1150 del 2007 y demás normas aplicables para contratar con el Estado y por consiguiente, con la E.S.E. Hospital María Auxiliadora de Iquira (H).

En Constancia de lo aquí aseguro, firmo con esta certificación en la fecha arriba consignada.

Atentamente,

Judith Magaly Lozano V.

C.C. No. 1019120844

porvenir
sólo hay uno

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:

JUDITH MAGALY LIPONSE VIQUEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.019.120.844**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 27 de Agosto del 2025.

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.

* 01B 00000000 *

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

I. DATOS DEL TRÁMITE — Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

FECHA DE RADICACIÓN: 26 08 2025

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN — A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: Liporse — SEGUNDO APELLIDO: Viguez — PRIMER NOMBRE: Judith — SEGUNDO NOMBRE: Margoly
9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CN [ ] MS [ ] RC [ ] TI [X] CC [ ] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] AS [ ] PT [ ]
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1019120844
11. SEXO BIOLÓGICO: M [X]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
13. NACIONALIDAD: Colombiana
14. LUGAR DE NACIMIENTO: Colombia — Huila — Neiva
15. FECHA NACIMIENTO: 11 07 1996

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 6
17. COMUNIDAD INDÍGENA:
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X] — CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD:
19. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI [ ] NO [X]
20. CLASIFICACIÓN SISBÉN — NIVEL: — GRUPO:
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL:
22. ARL:
23. AFP: Colpensiones
24. IBC: 1.423.500
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA:
26. RESIDENCIA — DIRECCIÓN: Rio Negro
TELÉFONO FIJO:
TELÉFONO CELULAR: 3175780416
CORREO ELECTRÓNICO: Judith.liporse@gmail.com
DEPARTAMENTO: Huila
MUNICIPIO/ DISTRITO:
LOCALIDAD/COMUNA:
ZONA: CABECERA MUNICIPAL [ ] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]
IPS:

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

27. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] CD [ ] PT [ ]
29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:
30. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
31. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
32. NACIONALIDAD:
33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS — DEPARTAMENTO — MUNICIPIO
34. FECHA NACIMIENTO: DÍA — MES — AÑO

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO	40. SEXO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS	DEPART.	MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO: DÍA	MES	AÑO
B1												
B2												
B3												
B4												
B5												

Datos complementarios del Beneficiario

	43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. COMUNIDAD	46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI	NO	48. CLASIFICACIÓN SISBÉN NIVEL	GRUPO	49. DISCAPACIDAD SI	NO	CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD	50. INCAPACIDAD PERMANENTE SI	NO	51. Datos de residencia DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	RESTO RURAL
B1							I. II.												
B2							I. II.												
B3							I. II.												
B4							I. II.												
B5							I. II.												

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

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

55. Nombre o razón social
56. Tipo documento de identificación: NI [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] PT [ ]
57. Número del documento de identificación
58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
59. Ubicación — DIRECCIÓN — TELÉFONO FIJO O CELULAR — CORREO ELECTRÓNICO — DEPARTAMENTO — MUNICIPIO/DISTRITO

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código: ____ [ ]
6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO Código: ____ [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [ ]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAÍS.1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
14. MOVILIDAD [ ]
A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO
15. TRASLADO
A) MISMO RÉGIMEN [ ]
B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO: Liporse — SEGUNDO APELLIDO: Viguez — PRIMER NOMBRE: Judith — SEGUNDO NOMBRE: Margoly
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI [X]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1019120844
62. SEXO BIOLÓGICO: M [X]
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: 11 07 1996
65. EPS ANTERIOR: NUEVA EPS
66. FECHA DE NOVEDAD: 26 08 2025
67. MOTIVO DE TRASLADO Código:
68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mi. [ ]
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad [ ]
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [X]
76. a) Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos [X]
b) Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE). [X]
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [X]
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente. [ ]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que hará cargo del pago de la Contribución Solidaria
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] CD [ ] PT [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

Judith Liporse

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional
81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] MS [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] AS [ ] PT [ ]
Cantidad: Total
83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
84. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. [ ]
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016 [ ]
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en las que conste la calidad de beneficiario o se ordena la afiliación de oficio. [ ]
Total Anexos

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

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL — Código del Municipio: — Código del departamento:
93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

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

94. APELLIDOS Y NOMBRES
Primer apellido — Segundo apellido — Primer nombre — Segundo nombre
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC [ ] CE [ ] SC [ ] CD [ ] PT [ ]
Número de identificación de funcionario
95. FIRMA DEL FUNCIONARIO
96. FECHA DE RADICACIÓN: DÍA — MES — AÑO
97. FECHA DE VALIDACIÓN: DÍA — MES — AÑO
OBSERVACIONES:

VIGILADO Supersalud

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

- 1a COPIA: EMPLEADOR ENTE TERRITORIAL -

Banco Agrario de Colombia
El Banco que hace crecer el campo
Nit : 800.037.800-8

CERTIFICACION

El Banco Agrario de Colombia, certifica que: LIPONSE VIQUEZ JUDITH MAGALY, identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA No. 1019120844, se encuentra vinculado (a) con nuestra entidad con el producto de: AHO - CUENTAS AHORROS, número 4-393-52-06292-1, fecha apertura: 02/11/2022, con saldo a la fecha de: DOS MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS CON 00/100 M/CTE **($2,838.00).**

Se expide en IQUIRA, a los veinte y seis (26) días del mes de agosto de 2025, con destino a: QUIEN INTERESE

Banco Agrario de Colombia
Of. Iquira - Huila

DIRECTOR (A) OFICINA

FIRMA AUTORIZADA

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141200647822

(415)7707212489984(8020) 000014120064782 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 0 1 9 1 2 0 8 4 4	4	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 1 9 1 2 0 8 4 4	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
LIPONSE	VIQUEZ	JUDITH	MAGALY

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Huila 4 1	Iquira 3 5 7

41. Dirección principal: VDA HUILA

42. Correo electrónico: judith.liponse@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 2 5 0 7 0 5						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 2 0																									

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

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

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] 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 LIPONSE VIQUEZ JUDITH MAGALY

985. Cargo CONTRIBUYENTE

DOCUMENTO AUTENTICADO SIN COSTO

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° 43.467

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
25 DÍA	08 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

PARTICULARES

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)

LIPONSE VIQUEZ JUDITH MAGALY	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	29 AÑOS 1 MESES 14 DÍAS	CC	1019120844
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AUXILIAR DE ENFERMERIA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

EL EXAMEN MÉDICO NO PRESENTA DEFECTOS NI PATOLOGÍAS

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

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 ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
	SVE OSTEOMUSCULAR	DIETA BALANCEADA
	CAPACITACIÓN : ERGONOMIA	
	OTROS : SVE RIESGO BIOLOGICO	

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 blánco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: CC: 55212514 - GLORIA JIMENA HERNANDEZ

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

Código de Seguridad
Q631W1C43467

Aspirante o Trabajador

Judith 1019

Firma:

Nombre: LIPONSE VIQUEZ JUDITH MAGALY

CC: 1019120844

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

Consérvelo

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

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Judith Magaly

Apellidos: Liponse Vaquez.

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1.019.120.844

Fecha de nacimiento: Día 11 Mes 07 Año 1996

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única	7/05/25	2310979	Nayely B.
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	10/02/24	2333001 2B	HHA IQUIRA Nayely B.
	2	27 NOV. 2024	2333L021C	RAMIRO LEMUS
	3	[illegible]	[illegible]	
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	10/02/24	230049	ESE HHA IQ Nayely B.
Otras		11-06-24	V505202	Liliana Sierra
		9-05-25	V525208	[illegible]

VACUNA		FECHA DE APLICACIÓN	LABORATORIO	LOTE	FECHA DE PRÓXIMA VACUNA	NOMBRE VACUNADOR
ANTI HEPATITIS B	1° Dosis	16/02/2024	Delta	220500922A	16/03/24	[illegible]
	2° Dosis	24/03/24	Delta	220500923C	2024	Felipe C.
	3° Dosis	26/05/24	Delta	220501223 A		Felipe C.
	Refuerzo					
PNEUMOCOCO ADULTO	1° Dosis					
	Refuerzo					
ANTI-HAMMERIN RUBEOLA PAPERAS	1° Dosis					
	2° Dosis					
ANTI-MENINGO COCOCA	1° Dosis					
VARICELA	1° Dosis					

Cruz Roja Colombiana
Seccional Huila
NIT. 891.180.262-7 TEL.871 3008 Ext. 125

CARNET DE VACUNACIÓN NACIONAL CV 29023

NOMBRE: Judith Magaly Aponte Vigua
DOC. IDENTIFICACIÓN: 1019120844
FECHA DE NACIMIENTO: 11-julio-1996
TELÉFONO:
SEXO: M X

GS-VC-FO-13 V.1