FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

Hospital Vito F.

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
VEGA	GALICIA	YARI MELIZA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1105334971	F ⊗ M ○ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 01 MES 06 AÑO 1993	CARRERA 5 # 659 CENTRO			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	TOLIMA
DEPTO	TOLIMA	MUNICIPIO	VALLE DE SAN JUAN		
MUNICIPIO	SAN LUIS	TELÉFONO		EMAIL	julianyyari@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	12	AÑO	2013

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			08	2016	

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
DIABETICS SERVIS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	60	X		HUMANIZACION DE LOS SERVICIOS	01	2024
DIABETICS SERVIS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		SEGURIDAD DEL PACIENTE	01	2024
DIABETICS SERVIS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		atencion al usuario	01	2024

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA - VALLE DE SAN JUAN			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	MUNICIPIO VALLE DE SAN JUAN						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 3212303869	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	09	Mes	02	Año	2026	Día	31	Mes	08	Año	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ENFEREMERIA	DEPENDENCIA AREA DE URGENCIA						DIRECCIÓN CALLE 4 4 null 05					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA - VALLE DE SAN JUAN			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: TOLIMA	MUNICIPIO: VALLE DE SAN JUAN					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:						
TELÉFONOS: 3138024485	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	04	Mes	07	Año	2025	Día	31	Mes	12	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL: 161 AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA: ASISTENCIAL - ADMINISTRATIVO					DIRECCIÓN: CALLE 4 4 5 barrio centro						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA - VALLE DE SAN JUAN			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: TOLIMA	MUNICIPIO: VALLE DE SAN JUAN					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:						
TELÉFONOS: 3212303869	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	08	Mes	01	Año	2025	Día	30	Mes	06	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL: AUXILIAR ENFERMERIA	DEPENDENCIA: ASISTENCIAL ADMINSTRATIVO					DIRECCIÓN: CALLE 4 4 5 BARRIO CENTRO						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA - VALLE DE SAN JUAN			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: TOLIMA	MUNICIPIO: VALLE DE SAN JUAN					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:						
TELÉFONOS: 3212303846	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	06	Mes	05	Año	2024	Día	31	Mes	12	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL: AREA DE FACTURACION	DEPENDENCIA: "FACTURACION"					DIRECCIÓN: CALLE 4 405 null						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA - VALLE DE SAN JUAN			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: TOLIMA	MUNICIPIO: VALLE DE SAN JUAN					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:						
TELÉFONOS: 3212303869	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	09	Mes	01	Año	2024	Día	30	Mes	04	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL: AUX DE FACTURACION	DEPENDENCIA: AREA DE FACTURACION					DIRECCIÓN: CALLE 4 40 5 BARRIO CENTRO						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA - VALLE DE SAN JUAN			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: TOLIMA	MUNICIPIO: VALLE DE SAN JUAN					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:						
TELÉFONOS: 3212166875	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	25	Mes	10	Año	2023	Día	31	Mes	12	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL: 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA: AREA DE URGENCIAS DE LA ESE					DIRECCIÓN: CALLE 4 4 5 valle de san juan						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA - VALLE DE SAN JUAN			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* VALLE DE SAN JUAN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	01	*Año*	2023	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 04011483 AUXILIAR	*DEPENDENCIA* 4505 Y AUXILIAR DE ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* CALLE 4 4 45						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA - VALLE DE SAN JUAN			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* VALLE DE SAN JUAN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3138024485	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2022	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* ADMINIISTRATIVO					*DIRECCIÓN* Calle 4 No. 4-05 Barrio Centro						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA - VALLE DE SAN JUAN			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* VALLE DE SAN JUAN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3138024485	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2021	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AUXILIAR ADMININISTRATIVO					*DIRECCIÓN* Calle 4 No. 4-05 Barrio Centro						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA - VALLE DE SAN JUAN			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* VALLE DE SAN JUAN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3138024485	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	06	*Mes*	07	*Año*	2021	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AUXILIAR ADMINISTRATIVO					*DIRECCIÓN* Calle 4 No. 4-05 Barrio Centro						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIERREZ			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* VALLE DE SAN JUAN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3212303846	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	05	*Año*	2021	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO					*DIRECCIÓN* CARRERA 4 4 05 barrio centro						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA - VALLE DE SAN JUAN			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* VALLE DE SAN JUAN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3138024485	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	04	*Año*	2021	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXIIAR AREA DE SALUD	*DEPENDENCIA* AREA DE URGENCIA						*DIRECCIÓN* - CALLE 4 # 4 05 BARRIO CENTRO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA - VALLE DE SAN JUAN			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* VALLE DE SAN JUAN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3212303846	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	01	*Año*	2021	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXIIAR AREA DE SALUD	*DEPENDENCIA* URGENCIA						*DIRECCIÓN* Calle 4 No. 4-05 Barrio Centro					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA ESE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* VALLE DE SAN JUAN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3212303846	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	12	*Año*	2020	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 4N 4 05 BARRIO CENTRO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDDRAZA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* VALLE DE SAN JUAN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3212166875	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2020	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 4N ° 4 -1					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA - VALLE DE SAN JUAN			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* VALLE DE SAN JUAN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3212166875	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	12	*Año*	2019	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* URGENCIAS						*DIRECCIÓN* CALLE 4 4 05 BARRIO CENTRO					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA - VALLE DE SAN JUAN			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3212166875	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	11	*Año*	2019	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* URGENCIAS						*DIRECCIÓN* CALLE 4 4 05 BARRIO CENTRO					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA - VALLE DE SAN JUAN			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3212166875	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	06	*Año*	2019	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* URGENCIAS						*DIRECCIÓN* CALLE 4 4 05 BARRIO CENTRO					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* VALLE DE SAN JUAN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3212303846	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2019	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* CALLE 4 4 05 barrio centro					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA - VALLE DE SAN JUAN			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* VALLE DE SAN JUAN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3212303869	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2019	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA DE URGENCIA						*DIRECCIÓN* CALLE 4 40 5 B/centro					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA - VALLE DE SAN JUAN			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* VALLE DE SAN JUAN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3212166875	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	12	*Año*	2018	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA SALUD	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* CALLE 4 4 05 BARRIO CENTRO					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA - VALLE DE SAN JUAN			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* VALLE DE SAN JUAN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3212166875	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	11	*Año*	2018	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA SALUD	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* CALLE 4 4 05 BARRIO CENTRO					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA - VALLE DE SAN JUAN			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* VALLE DE SAN JUAN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3212166875	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2018	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA SALUD	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* CALLE 4 4 05 BARRIO CENTRO					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA - VALLE DE SAN JUAN			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* VALLE DE SAN JUAN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3212166875	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	08	*Año*	2018	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA SALUD	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* CALLE 4 4 05 BARRIO CENTRO					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA - VALLE DE SAN JUAN			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* VALLE DE SAN JUAN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3212303846	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	01	*Año*	2018	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* CALLE 4 4 05 barrio Centro					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA - VALLE DE SAN JUAN			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* VALLE DE SAN JUAN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 2885101	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	10	*Año*	2017	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA DE URGENCIA						*DIRECCIÓN* Calle 4 No. 4-05 Barrio Centro					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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	5	7
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	11
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO __ 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 Valle de San Juan, Agosto 2026

Yuri Meliza Vega Galicia

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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.

Valle de San Juan 28 Agosto 2026

Ciudad y fecha

Jennifer Tatiana Cifuentes Lugo

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

LA PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIÉRREZ PEDRAZA E.S.E DEL MUNICIPIO DE VALLE DE SAN JUAN TOLIMA

CERTIFICA

Que una vez revisados los archivos de contratación que reposan en esta dependencia, se pudo constatar que el Hospital suscribió el siguiente contrato y se encuentra en ejecución:

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	N° 035-2026
FECHA INICIO	09 de Febrero de 2026
FECHA TERMINACION	31 de Agosto de 2026
CONTRATISTA	YARI MELIZA VEGA GALICIA
IDENTIFICACIÓN	1.105.334.791
CONTRATANTE	Hospital Local Vito Fasael Gutiérrez Pedraza E.S.E
OBJETO	CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE FACTURACION Y ENFERMERIA DEL HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA E.S.E. DEL MUNICIPIO DE VALLE DE SAN JUAN - TOLIMA
PLAZO DE EJECUCIÓN	204 días
VALOR CONTRATO	$ 16.100.000

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, dada en Valle de San Juan el 25 de Agosto de 2026.

YENNIFFER MARYURI CERQUERA LUGO
Profesional Universitario

	HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIÉRREZ PEDRAZA E.S.E DE VALLE DE SAN JUAN- TOLIMA NIT. 809.000.383-0	Página 1 de 1 CERTIFICACIÓN PRESTACIÓN DE SERVICIOS

LA PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIÉRREZ PEDRAZA E.S.E DEL MUNICIPIO DE VALLE DE SAN JUAN TOLIMA

CERTIFICA

Que una vez revisados los archivos de contratación que reposan en esta dependencia, se pudo constatar que el Hospital suscribió el siguiente contrato:

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	N° 013-2026
FECHA INICIO	08 de Enero de 2026
FECHA TERMINACION	31 de Enero de 2026
CONTRATISTA	YARI MELIZA VEGA GALICIA
IDENTIFICACIÓN	1.105.334.971
CONTRATANTE	Hospital Local Vito Fasael Gutiérrez Pedraza E.S.E
OBJETO	CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE FACTURACION Y ENFERMERIA DEL HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA E.S.E. DEL MUNICIPIO DE VALLE DE SAN JUAN - TOLIMA
PLAZO DE EJECUCIÓN	24 días
VALOR CONTRATO	$2.300.000

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, dada en Valle de San Juan el 25 de Agosto de 2026.

YENNIFFER MARYURI CERQUERA LUGO
Profesional Universitario

HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIERREZ
PEDRAZA E.S.E
NIT: 809.000.383-0

ACTA DE INICIO

CONTRATO No. 090-2025		
TIPO DE ACTO CONTRACTUAL	**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION**	**FECHA: 03-07-2025**
INFORMACION BÁSICA DEL CONTRATISTA		
NOMBRE	**YARI MELIZA VEGA GALICIA**	
C.C.	1.105.334.971 de Valle de San Juan	
INFORMACION TRIBUTARIA		
PERSONA NATURAL	**NO RESPONSABLE DE IVA**	
DEPENDENCIA QUE ORDENA EL GASTO:	HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA E.S.E.	
VALOR	**ONCE MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS MCTE ($ 11.400.000).**	
PLAZO	182 días contados a partir de la fecha de acta de inicio del contrato, con la firma de las partes y el correspondiente registro presupuestal.	
OBJETO	**CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIO DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE FACTURACION Y ENFERMERIA DEL HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIÉRREZ PEDRAZA E.S.E. DEL MUNICIPIO DE VALLE DE SAN JUAN – TOLIMA**	
C.D.P. No:	**485** del 03 de Julio de 2025	
C.R.P. No:	**485** del 03 de Julio de 2025	

En el Municipio de Valle de San Juan – Tolima, a los cuatro (04) días del mes de julio de 2025. se reunieron por una parte **EL HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIÉRREZ PEDRAZA E.S.E.** identificado tributariamente con el NIT 809.000.383-0, representado en este caso por el Supervisor del Contrato **LUIS EDISSON RUIZ BETANCOURT** Identificado con la cedula de ciudadanía **N°12.227.941 expedida en Pitalito-Huila**, y por otra parte **YARI MELIZA VEGA GALICIA** en calidad de **CONTRATISTA**, identificado con **C.C No 1.105.334.971 de Valle San Juan - Tolima** con el fin de dar inicio al contrato de la referencia.

EL SUPERVISOR,

LUIS EDISSON RUIZ BETANCOURT
Enfermero Jefe ESE

EL CONTRATISTA,

YARI MELIZA VEGA GALICIA
C.C 1.1053.34.971 De Valle San Juan-Tolima

	HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIÉRREZ PEDRAZA E.S.E DE VALLE DE SAN JUAN- TOLIMA NIT. 809.000.383-0	Página 1 de 1 CERTIFICACIÓN PRESTACIÓN DE SERVICIOS

LA PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIÉRREZ PEDRAZA E.S.E DEL MUNICIPIO DE VALLE DE SAN JUAN TOLIMA

CERTIFICA

Que una vez revisados los archivos de contratación que reposan en esta dependencia, se pudo constatar que el Hospital suscribió el siguiente contrato y se encuentra en ejecución:

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	N° 013-2025
FECHA INICIO	08 de Enero de 2025
FECHA TERMINACION	30 de Junio de 2025
CONTRATISTA	YARI MELIZA VEGA GALICIA
IDENTIFICACIÓN	1.105.334.971
CONTRATANTE	Hospital Local Vito Fasael Gutiérrez Pedraza E.S.E
OBJETO	CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIO DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE FACTURACION Y ENFERMERIA DEL HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIÉRREZ PEDRAZA E.S.E. DEL MUNICIPIO DE VALLE DE SAN JUAN TOLIMA
PLAZO DE EJECUCIÓN	174 DIAS
VALOR CONTRATO	$ 11.400.000

La presente certificación se expide a solicitud del interesado en Valle de San Juan-Tolima el 06 de Marzo de 2025.

YENNIFFER MARYURI CERQUERA LUGO
Profesional Universitario

	HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIÉRREZ PEDRAZA E.S.E DE VALLE DE SAN JUAN- TOLIMA NIT, 809.000.383-0	Página 1 de 1 CERTIFICACIÓN PRESTACIÓN DE SERVICIOS

LA PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIÉRREZ PEDRAZA E.S.E DEL MUNICIPIO DE VALLE DE SAN JUAN TOLIMA

CERTIFICA

Que una vez revisados los archivos de contratación que reposan en esta dependencia, se pudo constatar que el Hospital suscribió el siguiente contrato:

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	N° 077-2023
FECHA INICIO	25 de Octubre de 2023
FECHA TERMINACION	31 de Diciembre de 2023
CONTRATISTA	YARI MELIZA VEGA GALICIA
IDENTIFICACIÓN	1.105.334.971
CONTRATANTE	Hospital Local Vito Fasael Gutiérrez Pedraza E.S.E
OBJETO	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL HOSPITAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA.
PLAZO DE EJECUCIÓN	68 DIAS
VALOR CONTRATO	$ 3.300.000

La presente certificación se expide a solicitud del interesado en Valle de San Juan-Tolima el 04 de Enero de 2024.

YENNIFFER MARYURI CERQUERA LUGO
Profesional Universitario

	HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIÉRREZ PEDRAZA E.S.E DE VALLE DE SAN JUAN- TOLIMA NIT. 809.000.383-0	Página 1 de 1 CERTIFICACIÓN PRESTACIÓN DE SERVICIOS

LA PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIÉRREZ PEDRAZA E.S.E DEL MUNICIPIO DE VALLE DE SAN JUAN TOLIMA

CERTIFICA

Que una vez revisados los archivos de contratación que reposan en esta dependencia, se pudo constatar que el Hospital suscribió el siguiente contrato:

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	N° 010-2023
FECHA INICIO	04 de Enero de 2023
FECHA TERMINACION	31 de Mayo de 2023
CONTRATISTA	YARI MELIZA VEGA GALICIA
IDENTIFICACIÓN	1.105.334.971
CONTRATANTE	Hospital Local Vito Fasael Gutiérrez Pedraza E.S.E
OBJETO	CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA EL APOYO EN LA GESTIÓN DE LA ENTIDAD COMO AUXILIAR DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN ASIGNACION DE CITAS MEDICAS Y ATENCIÓN AL USUARIO (SIAU) EN EL HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA E.S.E. DEL MUNICIPIO DE VALLE DE SAN JUAN TOLIMA
PLAZO DE EJECUCIÓN	148 DIAS
VALOR CONTRATO	$ 7.500.000

La presente certificación se expide a solicitud del interesado Valle de San Juan-Tolima el 25 de Octubre de 2023.

YENNIFFER MARYURI CERQUERA LUGO
Profesional Universitario

	HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIÉRREZ PEDRAZA E.S.E DE VALLE DE SAN JUAN- TOLIMA NIT. 809.000.383-0	Página 1 de 1
		CERTIFICACIÓN PRESTACIÓN DE SERVICIOS

LA PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIÉRREZ PEDRAZA E.S.E DEL MUNICIPIO DE VALLE DE SAN JUAN TOLIMA

CERTIFICA

Que una vez revisados los archivos de contratación que reposan en esta dependencia, se pudo constatar que el Hospital suscribió el siguiente contrato:

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Nº 019-2022
FECHA INICIO	01 de Enero de 2022
FECHA TERMINACION	30 de Junio de 2022
CONTRATISTA	YARI MELIZA VEGA GALICIA
IDENTIFICACIÓN	1.105.334.971
CONTRATANTE	Hospital Local Vito Fasael Gutiérrez Pedraza E.S.E
OBJETO	CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA EL APOYO EN LA GESTIÓN DE LA ENTIDAD COMO AUXILIAR DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN , ASIGNACION DE CITAS MEDICAS Y ATENCIÓN AL USUARIO (SIAU) EN EL HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA E.S.E. DEL MUNICIPIO DE VALLE DE SAN JUAN TOLIMA.
PLAZO DE EJECUCIÓN	180 DIAS
VALOR CONTRATO	$ 8.400.000

La presente certificación se expide en Valle de San Juan-Tolima el 30 de Junio de 2022.

YENNIFFER MARYURI CERQUERA LUGO
Profesional Universitario

HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA E.S.E.
MUNICIPIO DE VALLE DE SAN JUAN TOLIMA
NIT: 809.000.383-0

LA PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA E.S.E. DEL MUNICIPIO DE VALLE DE SAN JUAN TOLIMA.

CERTIFICA

Que revisados los archivos de contratación que reposan en esta dependencia, se pudo constatar que el Hospital suscribió el siguiente contrato.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	N° 107-2021
FECHA INICIO	01 de octubre de 2021
FECHA TERMINACIÓN	31 de diciembre de 2021
CONTRATISTA	YARI MELIZA VEGA GALICIA
IDENTIFICACIÓN	1.105.334.971
CONTRATANTE	Hospital Local Vito Fasaél Gutiérrez Pedraza E.S.E.
OBJETO	CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS PARA EL APOYO EN LA GESTION DE LA ENTIDAD COMO AUXILIAR DE CITAS MEDICAS Y ATENCION AL USUARIO (SIAU) EN EL HOSPITAL LOCAL VITO FASAÉL GUTIÉRREZ PEDRAZA E.S.E. DEL MUNICIPIO DE VALLE DE SAN JUAN TOLIMA.
PLAZO DE EJECUCIÓN	92 DIAS
VALOR CONTRATO	$ 3.900.000

Se expide a solicitud del interesado, en el Municipio de Valle de San Juan Tolima, a los treinta (30) días del mes de diciembre de 2022.

DIANA MARIA BONILLA PADILLA
PROFESIONAL UNIVERSITARIO

HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA E.S.E.
MUNICIPIO DE VALLE DE SAN JUAN TOLIMA.
NIT: 809.000.383-0

LA PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA E.S.E. DEL MUNICIPIO DE VALLE DE SAN JUAN TOLIMA.

CERTIFICA

Que revisados los archivos de contratación que reposan en esta dependencia, se pudo constatar que el Hospital suscribió el siguiente contrato.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	N° 071-2021
FECHA INICIO	06 de julio de 2021
FECHA TERMINACIÓN	30 de septiembre de 2021
CONTRATISTA	YARI MELIZA VEGA GALICIA
IDENTIFICACIÓN	1.105.334.971
CONTRATANTE	Hospital Local Vito Fasaél Gutiérrez Pedraza E.S.E.
OBJETO	CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS PARA EL APOYO EN LA GESTION DE LA ENTIDAD COMO AUXILIAR DE CITAS MEDICAS Y ATENCION AL USUARIO (SIAU) EN EL HOSPITAL LOCAL VITO FASAÉL GUTIÉRREZ PEDRAZA E.S.E. DEL MUNICIPIO DE VALLE DE SAN JUAN TOLIMA.
PLAZO DE EJECUCIÓN	86 DIAS
VALOR CONTRATO	$ 3.900.000

Se expide a solicitud del interesado, en el Municipio de Valle de San Juan Tolima, a los treinta (30) días del mes de diciembre de 2022.

DIANA MARIA BONILLA PADILLA
PROFESIONAL UNIVERSITARIO

HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA E.S.E.
MUNICIPIO DE VALLE DE SAN JUAN TOLIMA
NIT: 809.000.383-0

LA PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA E.S.E. DEL MUNICIPIO DE VALLE DE SAN JUAN TOLIMA.

CERTIFICA

Que revisados los archivos de contratación que reposan en esta dependencia, se pudo constatar que el Hospital suscribió el siguiente contrato.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	N° 054-2021
FECHA INICIO	03 de mayo de 2021
FECHA TERMINACIÓN	30 de junio de 2021
CONTRATISTA	YARI MELIZA VEGA GALICIA
IDENTIFICACIÓN	1.105.334.971
CONTRATANTE	Hospital Local Vito Fasaél Gutiérrez Pedraza E.S.E.
OBJETO	CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS PARA EL APOYO EN LA GESTION DE LA ENTIDAD COMO AUXILIAR DE CITAS MEDICAS Y ATENCION AL USUARIO (SIAU) EN EL HOSPITAL LOCAL VITO FASAÉL GUTIÉRREZ PEDRAZA E.S.E. DEL MUNICIPIO DE VALLE DE SAN JUAN TOLIMA.
PLAZO DE EJECUCIÓN	58 DIAS
VALOR CONTRATO	$ 2.600.000

Se expide a solicitud del interesado, en el Municipio de Valle de San Juan Tolima, a los treinta (30) días del mes de diciembre de 2022.

DIANA MARIA BONILLA PADILLA
PROFESIONAL UNIVERSITARIO

HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA E.S.E.
MUNICIPIO DE VALLE DE SAN JUAN TOLIMA
NIT: 809.000.383-0

LA PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA E.S.E. DEL MUNICIPIO DE VALLE DE SAN JUAN TOLIMA.

CERTIFICA

Que revisados los archivos de contratación que reposan en esta dependencia, se pudo constatar que el Hospital suscribió el siguiente contrato.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	N° 037-2021
FECHA INICIO	05 de abril de 2021
FECHA TERMINACIÓN	30 de abril de 2021
CONTRATISTA	YARI MELIZA VEGA GALICIA
IDENTIFICACIÓN	1105334971
CONTRATANTE	Hospital Local Vito Fasaél Gutiérrez Pedraza E.S.E.
OBJETO	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL HOSPITAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA
PLAZO DE EJECUCIÓN	26 DIAS
VALOR CONTRATO	$ 1.300.000

Se expide a solicitud del interesado, en el Municipio de Valle de San Juan Tolima, a los treinta (30) días del mes de diciembre de 2022.

DIANA MARIA BONILLA PADILLA
PROFESIONAL UNIVERSITARIO

HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA E.S.E.
MUNICIPIO DE VALLE DE SAN JUAN TOLIMA
NIT: 809.000.383-0

LA PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA E.S.E. DEL MUNICIPIO DE VALLE DE SAN JUAN TOLIMA.

CERTIFICA

Que revisados los archivos de contratación que reposan en esta dependencia, se pudo constatar que el Hospital suscribió el siguiente contrato.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	N° 026-2021
FECHA INICIO	02 de enero de 2021
FECHA TERMINACIÓN	31 de marzo de 2021
CONTRATISTA	YARI MELIZA VEGA GALICIA
IDENTIFICACIÓN	1106334971
CONTRATANTE	Hospital Local Vito Fasaél Gutiérrez Pedraza E.S.E.
OBJETO	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL HOSPITAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA
PLAZO DE EJECUCIÓN	58 DIAS
VALOR CONTRATO	$ 2.600.000

Se expide a solicitud del interesado, en el Municipio de Valle de San Juan Tolima, a los treinta (30) días del mes de diciembre de 2022.

DIANA MARIA BONILLA PADILLA
PROFESIONAL UNIVERSITARIO

HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA E.S.E.
MUNICIPIO DE VALLE DE SAN JUAN TOLIMA
NIT: 809.000.383-0

LA PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA E.S.E. DEL MUNICIPIO DE VALLE DE SAN JUAN TOLIMA.

CERTIFICA

Que revisados los archivos de contratación que reposan en esta dependencia, se pudo constatar que el Hospital suscribió el siguiente contrato.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	N° 121-2020
FECHA INICIO	01 de diciembre de 2020
FECHA TERMINACIÓN	31 de diciembre de 2020
CONTRATISTA	YARI MELIZA VEGA GALICIA
IDENTIFICACIÓN	1105334971
CONTRATANTE	Hospital Local Vito Fasaél Gutiérrez Pedraza E.S.E.
OBJETO	EL CONTRATISTA SE COMPROMETE PARA CON LA ESE A PRESTAR SUS SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC MUNICIPAL SEGUN CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N. 003 DE 2020 CELEBRADO ENTRE EL HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA Y LA ALCALDIA MUNICIPAL DEL VALLE DE SAN JUAN.
PLAZO DE EJECUCIÓN	30 DIAS
VALOR CONTRATO	$ 1.400.000

Se expide a solicitud del interesado, en el Municipio de Valle de San Juan Tolima, a los treinta (30) días del mes de diciembre de 2022.

DIANA MARIA BONILLA PADILLA
PROFESIONAL UNIVERSITARIO

LA PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA E.S.E. DEL MUNICIPIO DE VALLE DE SAN JUAN TOLIMA.

CERTIFICA

Que revisados los archivos de contratación que reposan en esta dependencia, se pudo constatar que el Hospital suscribió el siguiente contrato.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	N° 03-2020
FECHA INICIO	01 de enero de 2020
FECHA TERMINACIÓN	31 de marzo de 2020
CONTRATISTA	YARI MELIZA VEGA GALICIA
IDENTIFICACIÓN	1105334971
CONTRATANTE	Hospital Local Vito Fasaél Gutiérrez Pedraza E.S.E.
OBJETO	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA PERIODO 01 DE ENERO DE 2020 AL 31 DE MARZO DE 2020 CONTRATO 003 2020
PLAZO DE EJECUCIÓN	91 DIAS
VALOR CONTRATO	$ 3.750.000

Se expide a solicitud del interesado, en el Municipio de Valle de San Juan Tolima, a los treinta (30) días del mes de diciembre de 2022.

DIANA MARIA BONILLA PADILLA
PROFESIONAL UNIVERSITARIO

HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA E.S.E.
MUNICIPIO DE VALLE DE SAN JUAN TOLIMA
NIT: 809.000.383-0

LA PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA E.S.E. DEL MUNICIPIO DE VALLE DE SAN JUAN TOLIMA.

CERTIFICA

Que revisados los archivos de contratación que reposan en esta dependencia, se pudo constatar que el Hospital suscribió el siguiente contrato.

CONTRATO DE CONTRATACION LABORAL	N° 093-2019
FECHA INICIO	02 de diciembre de 2019
FECHA TERMINACIÓN	31 de diciembre de 2019
CONTRATISTA	YARI MELIZA VEGA GALICIA
IDENTIFICACIÓN	1105334971
CONTRATANTE	Hospital Local Vito Fasaél Gutiérrez Pedraza E.S.E.
OBJETO	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA DEL 02 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2019
PLAZO DE EJECUCIÓN	29 DIAS
VALOR CONTRATO	$ 1.200.000

Se expide a solicitud del interesado, en el Municipio de Valle de San Juan Tolima, a los treinta (30) días del mes de diciembre de 2022.

DIANA MARIA BONILLA PADILLA
PROFESIONAL UNIVERSITARIO

LA PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA E.S.E. DEL MUNICIPIO DE VALLE DE SAN JUAN TOLIMA.

CERTIFICA

Que revisados los archivos de contratación que reposan en esta dependencia, se pudo constatar que el Hospital suscribió el siguiente contrato.

CONTRATO DE CONTRATACION LABORAL	Nº 073-2019
FECHA INICIO	01 de noviembre de 2019
FECHA TERMINACIÓN	30 de noviembre de 2019
CONTRATISTA	YARI MELIZA VEGA GALICIA
IDENTIFICACIÓN	1106334971
CONTRATANTE	Hospital Local Vito Fasaél Gutiérrez Pedraza E.S.E.
OBJETO	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION DEL HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y TRASLADO DE AMBULANCIAS
PLAZO DE EJECUCIÓN	29 DIAS
VALOR CONTRATO	$ 1.200.000

Se expide a solicitud del interesado, en el Municipio de Valle de San Juan Tolima, a los treinta (30) días del mes de diciembre de 2022.

DIANA MARIA BONILLA PADILLA
PROFESIONAL UNIVERSITARIO

HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA E.S.E.
MUNICIPIO DE VALLE DE SAN JUAN TOLIMA
NIT: 809.000.383-0

LA PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA E.S.E. DEL MUNICIPIO DE VALLE DE SAN JUAN TOLIMA.

CERTIFICA

Que revisados los archivos de contratación que reposan en esta dependencia, se pudo constatar que el Hospital suscribió el siguiente contrato.

CONTRATO DE CONTRATACION LABORAL	N° 046-2019
FECHA INICIO	01 de junio de 2019
FECHA TERMINACIÓN	31 de octubre de 2019
CONTRATISTA	YARI MELIZA VEGA GALICIA
IDENTIFICACIÓN	1105334971
CONTRATANTE	Hospital Local Vito Fasaèl Gutiérrez Pedraza E.S.E.
OBJETO	CONTRATACION DE SERVICIO DE UNA AUXILIAR DE ENEFERMERIA
PLAZO DE EJECUCIÓN	150 DIAS
VALOR CONTRATO	$ 6.000.000

Se expide a solicitud del interesado, en el Municipio de Valle de San Juan Tolima, a los treinta (30) días del mes de diciembre de 2022.

DIANA MARIA BONILLA PADILLA
PROFESIONAL UNIVERSITARIO

LA PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA E.S.E. DEL MUNICIPIO DE VALLE DE SAN JUAN TOLIMA.

CERTIFICA

Que revisados los archivos de contratación que reposan en esta dependencia, se pudo constatar que el Hospital suscribió el siguiente contrato.

CONTRATO DE CONTRATACION LABORAL	N° 025-2019
FECHA INICIO	01 de abril de 2019
FECHA TERMINACIÓN	31 de mayo de 2019
CONTRATISTA	YARI MELIZA VEGA GALICIA
IDENTIFICACIÓN	1105334971
CONTRATANTE	Hospital Local Vito Fasaél Gutiérrez Pedraza E.S.E.
OBJETO	LA CONTRACION DE UNA AUXILIAR DE EMFERMERIA PARA EL HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA
PLAZO DE EJECUCIÓN	60 DIAS
VALOR CONTRATO	$ 1.920.000

Se expide a solicitud del interesado, en el Municipio de Valle de San Juan Tolima, a los treinta (30) días del mes de diciembre de 2022.

DIANA MARIA BONILLA PADILLA
PROFESIONAL UNIVERSITARIO

HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA E.S.E.
MUNICIPIO DE VALLE DE SAN JUAN TOLIMA
NIT: 809.000.383-0

LA PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA E.S.E. DEL MUNICIPIO DE VALLE DE SAN JUAN TOLIMA.

CERTIFICA

Que revisados los archivos de contratación que reposan en esta dependencia, se pudo constatar que el Hospital suscribió el siguiente contrato.

CONTRATO DE CONTRATACION LABORAL	N° 002-2019
FECHA INICIO	01 de enero de 2019
FECHA TERMINACIÓN	31 de marzo de 2019
CONTRATISTA	YARI MELIZA VEGA GALICIA
IDENTIFICACIÓN	1105334971
CONTRATANTE	Hospital Local Vito Fasaél Gutiérrez Pedraza E.S.E.
OBJETO	CONTRATAR LOS SERVICIOS DE AUXILIAR DE ENFERMERIA DEL 01 DE ENERO 2019 AL 31 DE MARZO DE 2019 CONTRATO 002.
PLAZO DE EJECUCIÓN	89 DIAS
VALOR CONTRATO	$ 2.880.000

Se expide a solicitud del interesado, en el Municipio de Valle de San Juan Tolima, a los treinta (30) días del mes de diciembre de 2022.

DIANA MARIA BONILLA PADILLA
PROFESIONAL UNIVERSITARIO

Powered by CamScanner

HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA E.S.E.
MUNICIPIO DE VALLE DE SAN JUAN TOLIMA
NIT: 802.000.333 0

LA PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA E.S.E. DEL MUNICIPIO DE VALLE DE SAN JUAN TOLIMA.

CERTIFICA QUE:

Que la señora YARI MELIZA VEGA GALICIA, identificada con cédula de ciudadanía No 1.105.334.971 de Valle de San Juan Tolima, prestó sus servicios como AUXILIAR DE ENFERMERIA desde el 01 de Diciembre de 2018 hasta 31 de Diciembre de 2018, Contrato Individual de Trabajo de Termino Fijo, Contrato No.103. Con una asignación mensual de NOVECIENTOS QUINCE MIL NOVECIENTOS PESOS ($915.900,oo) M/CTE.

Se expide a solicitud del interesado, en el Municipio de Valle de San Juan Tolima, al treinta y un (31) días del mes de Diciembre de 2018.

NANCY PIEDAD GUARNIZO GUTIERREZ
Profesional Universitario-Jefe de Grupo

Powered by CamScanner

HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA E.S.E.
MUNICIPIO DE VALLE DE SAN JUAN TOLIMA
NIT: 809.000.381-0

LA PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA E.S.E. DEL MUNICIPIO DE VALLE DE SAN JUAN TOLIMA.

CERTIFICA QUE:

Que la señora YARI MELIZA VEGA GALICIA, identificada con cedula de ciudadanía No 1.105.334.971 de Valle de San Juan Tolima, prestó sus servicios como AUXILIAR DE ENFERMERIA desde el 01 de Noviembre de 2018 hasta 30 de Noviembre de 2018, Contrato Individual de Trabajo de Termino Fijo, Contrato No.89. Con una asignación mensual de NOVECIENTOS QUINCE MIL NOVECIENTOS PESOS ($915.900,oo) M/CTE

Se expide a solicitud del interesado, en el Municipio de Valle de San Juan Tolima, al tercer (03) día del mes de Diciembre de 2018.

NANCY PIEDAD GUARNIZO GUTIERREZ
Profesional Universitario-Jefe de Grupo

Powered by CamScanner

HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA E.S.E
MUNICIPIO DE VALLE DE SAN JUAN TOLIMA
NIT: 809 001 353 0

LA PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA E.S.E. DEL MUNICIPIO DE VALLE DE SAN JUAN TOLIMA.

CERTIFICA QUE:

Que la señora YARI MELIZA VEGA GALICIA, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.105.334.971 de Valle de San Juan Tolima, prestó sus servicios como AUXILIAR DE ENFERMERIA desde el 01 de Octubre de 2018 hasta 31 de Octubre de 2018. Contrato Individual de Trabajo de Termino Fijo, Contrato No.69. Con una asignación mensual de NOVECIENTOS QUINCE MIL NOVECIENTOS PESOS ($915.900,oo) M/CTE.

Se expide a solicitud del interesado, en el Municipio de Valle de San Juan Tolima, al primer (01) día del mes de Noviembre de 2018.

NANCY PIEDAD GUARNIZO GUTIERREZ
Profesional Universitario-Jefe de Grupo

Powered by CamScanner

HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA E.S.E.
MUNICIPIO DE VALLE DE SAN JUAN TOLIMA
NIT 800.116.363-0

LA PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA E.S.E. DEL MUNICIPIO DE VALLE DE SAN JUAN TOLIMA.

CERTIFICA QUE:

Que la señora YARI MELIZA VEGA GALICIA, identificada con cédula de ciudadanía No 1.105.334.971 de Valle de San Juan Tolima, prestó sus servicios como AUXILIAR DE ENFERMERIA desde el 01 de Agosto de 2018 hasta 30 de septiembre de 2018, Contrato Individual de Trabajo de Termino Fijo, Contrato No.44. Con una asignación mensual de NOVECIENTOS QUINCE MIL NOVECIENTOS PESOS ($915.900,oo) M/CTE.

Se expide a solicitud del interesado, en el Municipio de Valle de San Juan Tolima, al primer (01) día del mes de Octubre de 2018.

NANCY PIEDAD GUARNIZO GUTIERREZ
Profesional Universitario Jefe de Grupo

Powered by CamScanner

HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA E.S.E.
MUNICIPIO DE VALLE DE SAN JUAN TOLIMA
NIT: 809.008.353-6

LA PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA E.S.E. DEL MUNICIPIO DE VALLE DE SAN JUAN TOLIMA.

CERTIFICA QUE:

Que la señora YARI MELIZA VEGA GALICIA, identificada con cedula de ciudadanía No 1.105.334.971 de Valle de San Juan Tolima, prestó sus servicios como AUXILIAR DE ENFERMERIA desde el 02 de Enero de 2018 hasta 31 de Julio de 2018, Contrato Individual de Trabajo de Termino Fijo, Contrato No.03. Con una asignación mensual de NOVECIENTOS QUINCE MIL NOVECIENTOS PESOS ($915.900,oo) M/CTE.

Se expide a solicitud del interesado, en el Municipio de Valle de San Juan Tolima, a los treinta y un (31) días del mes de Julio de 2018

NANCY PIEDAD GUARNIZO GUTIERREZ
Profesional Universitario-Jefe de Grupo

Powered by CamScanner

HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA E.S.E
MUNICIPIO DE VALLE DE SAN JUAN TOLIMA
NIT: 809.000.363-0

LA GERENTE DEL HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA E.S.E. DEL MUNICIPIO DE VALLE DE SAN JUAN TOLIMA.

CERTIFICA QUE:

Que la señora YARI MELIZA VEGA GALICIA, identificada con cedula de ciudadanía No 1.105.334.971 de Valle de San Juan Tolima, prestó sus servicios como AUXILIAR DE ENFERMERIA desde el 02 de Octubre de 2017 hasta 31 de Diciembre de 2017 Contrato Individual de Trabajo de Termino Fijo, Contrato No.095 Con una asignación mensual de OCHOCIENTOS SESENTA MIL PESOS ($860.000,oo) M/CTE.

Se expide a solicitud del interesado, en el Municipio de Valle de San Juan Tolima, a los treinta y un (31) días del mes de diciembre de 2017.

EDNA DEL ROSARIO PADILLA YATE
Gerente

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



Apellidos
VEGA GALICIA

NUIP 1.105.334.971

Nombres
YARI MELIZA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.57

Sexo
F

Fecha de nacimiento
01 JUN 1993

G.S.
A+

Lugar de nacimiento
SAN LUIS (TOLIMA)

Fecha y lugar de expedición
13 JUN 2011, VALLE DE SAN JUAN

Firma

Fecha de expiración
12 AGO 2035

.CO

067385649

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL067385649829118<<<<<<<<<<
9306015F3508127COL1105334971<9
VEGA<GALICIA<<YARI<MELIZA<<<<<

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 4225202-fd10-4025-9f02-619b8c0acbd9

Nombres y apellidos / Full name: **YARI MELIZA VEGA GALICIA**

Tipo de identificación / ID Type: **CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Número de identificación / ID Number: **1 1 0 5 3 3 4 9 7 1**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **01/06/1993**

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3138024485**

Correo electrónico / e-mail: **NOTIENE@GMAIL.COM**

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination (Día / Day)	(Mes / Month)	(Año / Year)	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
Fiebre Amarilla	Única	03	03	2009		B6163	VALLE DE SAN JUAN ESE HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL	SANDRA PERDOMO
VPH	Primera	06	06	2013		JOOOOO2	VALLE DE SAN JUAN ESE HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL	
VPH	Segunda	20	11	2013		J005613	VALLE DE SAN JUAN ESE HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL	
TD Adulto	Primera	27	10	2016		D2277	VALLE DE SAN JUAN ESE HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL	
TdaP Acelular Gestante	Anual	30	01	2017		AC37B177AB	VALLE DE SAN JUAN ESE HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL	
Sarampión Rubéola	Adicional	21	09	2018		012N7186	VALLE DE SAN JUAN ESE HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL	SANDRA YANETH PERDOMO BONILLA
TD Adulto	Segunda	29	05	2020		2338X004AE	VALLE DE SAN JUAN ESE HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL	JACKELINE CHAVEZ MENDOZA
COVID SINOVAC	Primera	02	03	2021		A2021010044	VALLE DE SAN JUAN ESE HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL	JACKELINE CHAVEZ MENDOZA
COVID SINOVAC	Segunda	30	03	2021		L202103005	VALLE DE SAN JUAN ESE HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL	JACKELINE CHAVEZ MENDOZA
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	22	07	2021		V50221006	VALLE DE SAN JUAN ESE HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL	JACKELINE CHAVEZ MENDOZA
COVID MODERNA	Primer Refuerzo	29	11	2021	MODERNA SWITZERLAND GMBH	940875	VALLE DE SAN JUAN ESE HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL	JACKELINE CHAVEZ MENDOZA
COVID PFIZER	Segundo Refuerzo	22	08	2022	PFIZER	PCA0070	VALLE DE SAN JUAN ESE HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL	JACKELINE CHAVEZ MENDOZA
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	18	10	2022	Green Cross	V50222014	VALLE DE SAN JUAN ESE HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL	JACKELINE CHAVEZ MENDOZA
TD Adulto	Tercera	30	01	2023	Serum	2331L024B	VALLE DE SAN JUAN ESE HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL	JACKELINE CHAVEZ MENDOZA

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema deInformación **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 42252202-fd10-4026-9f02-615b8c0acbd9

Nombres y apellidos / Full name: **YARI MELIZA VEGA GALICIA**

Tipo de identificación / ID Type: **CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Número de identificación / ID Number: **1 1 0 5 3 3 4 9 7 1**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **01/06/1993**

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3138024485**

Correo electrónico / e-mail: **NOTIENE@GMAIL.COM**

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination: Día / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
TdaP Acelular Gestante	Anual	09	03	2023	Glaxo SmithKline	AC37B390CD	VALLE DE SAN JUAN ESE HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL	JACKELINE CHAVEZ MENDOZA
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	23	01	2024	BUTANTAN	230049	VALLE DE SAN JUAN ESE HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL	JACKELINE CHAVEZ MENDOZA
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	07	06	2024	Green Cross	V50524002	VALLE DE SAN JUAN ESE HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL	JACKELINE CHAVEZ MENDOZA
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	26	07	2025	GC BIOPHARMA CORP	V50525004	VALLE DE SAN JUAN ESE HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL	JACKELINE CHAVEZ MENDOZA - CC28968380 - ACTIVO

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema deInformación **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

Bogotá, Agosto / 26 de 2026

Señor (a): YARI MELIZA VEGA GALICIA
CC. 1105334971
DG 2 NO 8 58
IBAGUE

Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S SA,

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Julio / 1 de 2025, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.

En Salud Total EPS-S S.A. apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con calidad total. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o www.saludtotal.com.co Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos en www.saludtotal.com.co** o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.
Elaboró: *Oficina Virtual*

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el estado actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación y siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

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:

YARI MELIZA VEGA GALICIA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.105.334.971**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

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

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Bienvenido al menú principal



YARI MELIZA VEGA GALICIA

Rol seleccionado: Persona Natural

Mi Entidad Promotora de Salud: SALUD TOTAL EPS-S SA
Régimen contributivo - cotizante

ACTUALIZAR MI INFORMACIÓN DE CONTACTO

MI BUZÓN DE NOVEDADES

Lea atentamente las instrucciones

- Para visualizar sus opciones, escriba en "¿Qué está buscando?" el nombre de la novedad, registro o consulta que desea realizar. Si desconoce el título de lo que busca, también podrá digitar una palabra clave.
- Una vez aparezca el resultado de la búsqueda, tendrá a su disposición un video tutorial en la opción "Ver tutorial" o el manual de usuario en "Leer manual", estas ayudas le facilitarán tanto las consultas como los reportes de información que vaya a realizar en el sistema. Inicie el proceso en la opción "Comenzar"

¿Qué está buscando?

¿Qué está buscando?

Funcionalidades destacadas

Actualización datos complementarios

Actualice sus datos complementarios

COMENZAR

Inclusión de beneficiarios

Agregue nuevos integrantes en su grupo familiar

COMENZAR

Afiliación al régimen contributivo como independiente

Reporte aquí que cuenta con condiciones para pertenecer al régimen contributivo

COMENZAR

Traslado de EPS

Reporte aquí el cambio de Entidad Promotora de Salud - EPS, en el mismo régimen

Afiliación - Perfil: Afiliado

Mis intervenciones en salud

Consulte las atenciones que su EPS debe garantizarle de manera obligatoria para mantener su estado de salud

COMENZAR | VER TUTORIAL | LEER MANUAL

Afiliación - Perfil: Afiliado

Solicitud de afiliación al Sistema General de Pensiones

Permite registrar una solicitud de afiliación al Sistema General de Pensiones

COMENZAR | VER TUTORIAL | LEER MANUAL

Afiliación - Perfil: Afiliado

Mi relación de afiliaciones a Cesantías

Consulta el histórico de cesantias

COMENZAR | VER TUTORIAL | LEER MANUAL

Afiliación - Perfil: Afiliado

Mi relación de Pensiones

Consulte el histórico de Pensiones

COMENZAR | VER TUTORIAL | LEER MANUAL

Afiliación - Perfil: Afiliado

Consulta de discapacidades

Consulte si aplica a discapacidades

Valle de san juan, 26 DE AGOSTO 2026

PROPUESTA TECNOMECANICA

ACTIVIDADES A EJECUTAR

PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA

HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA E. S. E

DEL VALLE DE SAN JUAN

De manera cordial presentar mi propuesta para el cargo como auxiliar de enfermería el cual realizaran las siguientes actividades:

- Ejecutar acabildad del objeto contractual
- Desarrollar todas y cada una de las actividades inherentes al objeto contractual
- Realizar procedimientos a los pacientes según orden médica.
- Realizar arreglos de las camillas en la sala de observación y procedimientos
- Tomar signos vitales a los pacientes
- Cargue de sisvan de menores de edad, adolescentes y adultos mayores
- Los demás que sean asignados para el normal cumplimiento del objeto del contrato en el hospital local vito fasael Gutiérrez Pedraza
- Al finalizar el mes correspondiente el contratista deberá hacer entrega a supervisor de contrato, cuenta de cobro con relación detallada de las actividades a cobrar.

NOMBRE: YARI MELIZA VEGA GALICIA

CC: 1105334971

TEL: 3138024485

DR: DIAGONAL 2 # 8 – 58 BARRIO PUEBLO NUEVO

CORREO: JULIANYYARI@GMAIL.COM

Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente

Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso

Datos del usuario guardados

Editar

Información del usuario



Carga	
Título	
Nombre	YARI MELIZA
Apellidos	VEGA GALICIA
Fecha de Nacimiento	06/01/1993 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nivel Educativo	Técnica o tecnológica completa (con o sin título)
Género	Mujer
¿Tiene alguna discapacidad?	○ Si ○ No
Nombre y apellido	YARI MELIZA VEGA GALICIA
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	1105334971
Dirección	DIAGONAL 2 # 8-58
Código postal	
Estrato	1
Ubicación	Valle de San Juan
País	COLOMBIA
Correo electrónico	julianyyari@gmail.com
Teléfono	
Celular	3138024485

Configuración

Zona horaria	(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma	Español (Colombia)
Configuración regional	Español (Colombia)

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	¿Cuál es su número de teléfono?
Respuesta	3138024485
SMS para recuperar la contraseña	3138024485

Editar

El servicio público es de todos | 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)

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
YARI	MELIZA	VEGA	GALICIA

Documento de identificación

C.C. [X] C.E. [ ] T.I [ ] NIT. [ ] Número 1105334971

Lugar de Nacimiento

País COLOMBIA Departamento TOLIMA Municipio VALLE DE SAN JUAN

Lugar de domicilio

País COLOMBIA Departamento TOLIMA Municipio VALLE DE SAN JUAN

HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA

Cargo o función que cumple

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Lugar de sede

País COLOMBIA Departamento TOLIMA Municipio VALLE DE SAN JUAN

Dirección CALLE 4 # 4 - 05 BARRIO CENTRO

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LO CONSAGRADO EN LA LEY 2013 DE 2019, 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

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

CONCEPTO	*VALOR*
Salarios y demás ingresos laborales	22.800.000
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	**22.800.000**

b) Las cuentas bancarias que poseo en Colombia y en el exterior son:

TIPO DE CUENTA	SEDE DE LA CUENTA (PAÍS)	SALDO DE LA CUENTA A DICIEMBRE 31 DEL AÑO ANTERIOR
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$ 2.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	PAÍS DE UBICACIÓN	DEPARTAMENTO DE UBICACIÓN	MUNICIPIO DE UBICACIÓN	VALOR

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

CONCEPTO	SALDO

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

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas y Consejos Directivos:

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO	PAÍS

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO	PAÍS

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN LA REGISTRO EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN LA LEY 2013 DE 2019, Y CONFORME A LO SEÑALADO EN EL ARTÍCULO 40 DE LA LEY 734 DE 2002 Y 11 DE LA LEY 1437 DE 2011. PARA EL CASO DE LOS CONGRESISTAS, TAMBIEN SE DA CUMPLIMIENTO A LA LEY 2003 DE 2019.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE Y/O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

INFORMACIÓN DEL CONYUGE Y/O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

En la actualidad tengo sociedad conyugal o de hecho vigente **SI** [ ] **NO** [ ]

NOMBRE COMPLETO (nombres y apellidos)	TIPO DE SOCIEDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES DE CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y PRIMERO CIVIL

A continuación, se registra información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil, solo cuando sea susceptible de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeña

De conformidad con el literal d) del artículo 2° de la ley 2003 de 2019, los congresistas deberán relacionar la información de los parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, primero de afinidad y primero civil.

PARIENTES HASTA EL CUARTO GRADO DE CONSANGUINIDAD, SEGUNDO GRADO DE AFINIDAD Y PRIMERO CIVIL

PARENTESCO	NOMBRE COMPLETO (nombres y apellidos)				DOCUMENTO DE IDENTIDAD
	Primer nombre	Segundo Nombre	Primer apellido	Segundo apellido	
Hijo(a)	YARITH	JULIANA	ORTIZ	VEGA	1.105.335.412
Hijo(a)	EDISSON	JULIAN	ORTIZ	VEGA	1.105.335.659

2.3 DE PARTICIPACIÓN EN GREMIOS, SINDICATOS, GRUPOS SOCIALES O ECONÓMICOS U ORGANIZACIONES CON ÁNIMO Y SIN ÁNIMO DE LUCRO

a) Participación en gremios, sindicatos, grupos sociales o económicos u organizaciones con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera):

GREMIO, SINDICATO, GRUPO SOCIAL O ECONÓMICO U ORGANIZACIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO	PAÍS

2.4. OTRAS INVERSIONES

a) 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

b) Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario en Colombia y en el exterior u otros son:

TIPO DE INVERSIÓN	VALOR	PAÍS

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

a) Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta en el último año y los nombres de las instituciones a las cuales hice donaciones son:

NOMBRE	VALOR DE LA DONACIÓN

2.6 POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

a) Escriba otros intereses personales que podrían constituir una posible situación de conflicto de intereses, por ejemplo:
- Actividades que desempeño, negocios, establecimientos que poseo etc.
- Actividades o negocios de mi cónyuge o compañero(a) permanente y parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil, de acuerdo con lo descrito en los numerales 2.1 y 2.2
- Actividades o negocios de mi socio de derecho o hecho

DESCRIPCIÓN DEL POTENCIAL CONFLICTO DE INTERESES

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 02 Actualización

4. Número de formulario 14970615759

(415)7707212489984(8020) 000001497061575 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1105334971	2	Impuestos y Aduanas de Ibagué 9	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 13	1105334971	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	169	Tolima 73	Valle de San Juan 854

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
VEGA	GALICIA	YARI	MELIZA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Tolima 73	Valle de San Juan 854

41. Dirección principal: CR 5 6 59 BRR CENTRO

42. Correo electrónico: julianyyari@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3138024485	3102185073

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
8699	2017/10/02	8211	2021/04/15				5132	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 20

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

54. Código

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 61. Fecha 2024-01-05 / 03:51:51PM

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 VEGA GALICIA YARI MELIZA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

PROCURADURÍA
GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 301847466

PIB
08:45:01

Bogotá DC, 26 de agosto 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) YARI MELIZA VEGA GALICIA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1105334971:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 26 de agosto de 2026, a las 08:46:12, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1105334971
Código de Verificación	1105334971260826084612

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

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:47:01 AM horas del 26/08/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1105334971**

Apellidos y Nombres: **VEGA GALICIA YARI MELIZA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 26/08/2026 08:52:13 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1105334971** y Nombre: **YARI MELIZA VEGA GALICIA.**

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. **146403594** . 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

Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Carrera 59 # 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN , Bogotá D.C
Línea de atención: 018000-910112

GOV.CO

FEDERACIÓN COLOMBIANA DE MUNICIPIOS | simit

PAZ Y SALVO

Cédula: **1110559705**

Fecha de expedición: 26/08/2026

Te informamos que actualmente no tienes multas e infracciones pendientes de pago en los Organismos de Tránsito conectados a SIMIT.

Este documento fue expedido el 26 de agosto de 2026 a las 08:54 a. m. **es de carácter gratuito** y es válido durante la fecha de expedición. Además, no aplica como documento para realizar pagos, es solo una consulta del estado de cuenta.

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 09:00:10 horas del 26/08/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1105334971,** Apellidos y Nombres **VEGA GALICIA YARI MELIZA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA** , con NIT **809000383-0** 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

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 1105334971 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 26/08/2026 09:15 AM

Código Verificación: **R36BF1NCQV**

Válida hasta: **24/11/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

SEGURIDAD Y SALUD SOLUCIONES INTEGRALES
NIT. 900 864 249 - 9
Cra 9 # 29-39 Barrio La Granja Ibagué Tolima
Cel. 318 554 95 20
E-mail. seguridadysaludsolucionesinteg@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 5.002

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
18 DÍA	12 MES	2025 AÑO	IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE PERIÓDICO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
HOSPITAL VITO FASAEL GUTIERREZ	HOSPITAL VITO FASAEL GUTIERREZ

CIIU (Actividad Económica) del empleador: **SIN REGISTRAR**

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

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
VEGA GALICIA YARI MELIZA	FEMENINO	32 AÑOS 6 MESES 17 DÍAS	CC (Tipo)	1105334971 (Número)

Cargo: **AUXILIAR DE ENFERMERIA**

EPS	AFP	ARL
SALUD TOTAL	PORVENIR	POSITIVA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
CON DEFECTO FÍSICO O PATOLOGÍA QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

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:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

ALTERNAR VISION LEJANA Y CERCANA
USO DE EQUIPOS Y HERRAMIENTAS SEGUN INDUCCION Y RE INDUCCION
ESTIRAMIENTOS MUSCULARES ANTES Y AL TERMINAR LA LABOR.
USO DE FICHAS DE SEGURIDAD DE PRODUCTOS QUIMICOS
SEGUIMIENTO A PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD.

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 mi 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.

Médico

Firma: C.C. 93381098

Nombre: CC: 93381098 - GERMAN AUGUSTO OSORIO

R. M.: 73000660 **L.S.O.:** 2771

Código de Seguridad
K728Q1W5002

Aspirante o Trabajador

Firma: Yari Vega

Nombre: VEGA GALICIA YARI MELIZA

CC: 1105334971

Banco Agrario de Colombia
El Banco que hace crecer el campo

Nit : 800.037.800-8

CERTIFICACION

El Banco Agrario de Colombia, certifica que: VEGA GALICIA YARI MELIZA, identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA No. 1105334971, se encuentra vinculado(a) con nuestra entidad en el producto de: AHO - CUENTAS AHORROS, número 4-668-00-02846-8, con una antigüedad de NUEVE (9) año(s).

Se expide en VALLE DE SAN JUAN, a los veinte y seis (26) días del mes de agosto de 2026, con destino a: INTERESADO

Banco Agrario de Colombia
OF VALLE DE SAN JUAN - TOLIMA

DIRECTOR (A) OFICINA
FIRMA AUTORIZADA

La Republica de Colombia

Y en su nombre

El Colegio "San Luis Gonzaga"

Girardot – Cundinamarca

Jornada Sabatina Semiescolarizada

Autorizado por la Secretaria de Educación de Cundinamarca, según Resolución No. 000820 del 27 de septiembre de 1.999

Confiere a:

VEGA GALICIA YARI MELIZA

C.C. N 1.105.334.971 DE VALLE DE SAN JUAN

El Titulo de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Vocacional, Según planes y programas vigentes.

Rector

Secretario General

Acta individual de grado

COLEGIO
"SAN LUIS GONZAGA"

Carrera 12 No. 21 - 40
Teléfono 8350501
Girardot Cundinamarca

JORNADA SABATINA SEMIESCOLARIZADA
INSCRIPCIÓN S.E. No. 1137 FOLIO 96 13-1
INSCRIPCIÓN DANE 325307000021

En la ciudad de **GIRARDOT** a los **07** días del mes de **DICIEMBRE** del año **2013** se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría del **COLEGIO SAN LUIS GONZAGA DE GIRARDOT,** institución aprobada hasta 11º Grado en el nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el título de Bachiller en la Modalidad: **ACADÉMICA**, según Resolución No. 000820 del 27 de Septiembre de 1999.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el: **TITULO DE BACHILLER ACADÉMICO**, al graduado cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

VEGA GALICIA YARI MELIZA
C.C No 1.105.334.971 DE VALLE DE SAN JUAN.

Es fiel copia del acta original No. **31**, de fecha **07** de **DICIEMBRE** de **2013**, que consta de 30 alumnos, que comienza con el nombre de **ALFARO BRAVO JHOSAN** y se cierra con el nombre de **VELANDIA PEREZ ERIKA YADIRA.**

Dada en Girardot, a los 07 días del mes de Diciembre de 2013.

LIBARDO A. GARZON TORRES
RECTOR
C.C. 262.135 de Girardot

LIBARDO A.GARZON SANCHEZ
SECRETARIO GENERAL
C.C. 11.311.454 de Girardot.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Secretaria de Educación del Tolima

Instituto de Educación para El Trabajo y El Desarrollo Humano

Centro Educativo Tolimense
Especializado En Sistemas y Salud

"CENTECS"

ESPINAL - TOLIMA

Con licencia de funcionamiento 0962 del 14 de Julio de 2009, y acuerdo 0434 del 4 de Agosto del 2010 de la comisión intersectorial del Talento Humano en Salud y resolución de aprobación de Estudio No. 2736 del 25 de Noviembre de 2009 y renovación del registro del Programa Técnico Laboral No. 7740 del 10 de Diciembre de 2015, emanada de la Secretaria de Educación y Cultura de Tolima

Confiere el Certificado de Técnico laboral
por competencias en:

AUXILIAR EN ENFERMERÍA

A:

Yari Meliza Vega Galicia

Identificado(a) con C.C 1.105.334.971 de Valle de San Juan-Tolim

Por haber cursado y aprobado el programa de Auxiliar en Enfermeria con una intensidad de 1800 horas.

Dado en El Espinal - Tolima a los 5 días del mes de Agosto del año 2016

SECRETARIA DE SALUD DEL TOLIMA
Se reconoce el presente titulo para todos los efectos legales
31 AGO 2017
Ibagué
Registro No. 73 2358

centecs

Centro Educativo Tolimense Especializado en Sistemas y Salud
"CENTECS"
Nit.: 65.693.366-1
"Calidad Educativa con Proyección Empresarial"

Acta Individual

Aprobada por la Secretaria de Educación y Cultura del Tolima Resolución N°. 7740 del 10 de Diciembre 2015

En El Espinal Tolima a los Cinco (05) días del mes de Agosto de 2016 se reunieron con el fin de formalizar la certificación de los alumnos que culminaron sus estudios, las suscritas Directora y Secretaria, en la dirección del **CENTRO EDUCATIVO TOLIMENSE ESPECIALIZADO EN SISTEMAS Y SALUD " CENTECS"** Institución aprobada por la secretaria de educación y cultura del Tolima, para otorgar el certificado con aptitud ocupacional como **TECNICO POR COMPETENCIAS LABORALES EN AUXILIAR EN ENFERMERIA** según acuerdo N°. 0434 del 4 de Agosto de 2010 Ministerio de la Protección Social y resolución No. 2736 del 25 de Noviembre de 2010 y renovación del registro de programa N°. 7740 del 10 de Diciembre 2015 Secretaria de Educación y cultura del Tolima

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes a la educación Técnica, se procedió a otorgar el certificado con actitud ocupacional como **TECNICO POR COMPETENCIAS LABORALES EN AUXILIAR EN ENFERMERIA**; al alumno cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

YARI MELIZA VEGA GALICIA

C.C N°. 1.105.334.971 Valle de San Juan

Es fiel copia del Acta Original No. 21 Folio No. 27 del Cinco (05) de Agosto de 2016; consta de 34 alumnos, comienza con el nombre de Silvia Beatriz Arguello Gómez y se cierra con el nombre de Yari Meliza Vega Galicia.

Firmada por EMERITA GALINDO RODRÍGUEZ (Directora) y ROSALBA BRIÑEZ CALDERON (Secretaria)

Dada en Espinal Tolima a los Cinco (05) días del mes de Agosto de 2016.

EMERITA GALINDO RODRIGUEZ.
Directora

ROSALBA BRIÑEZ CALDERON
Secretaria

GOBERNACION DEL TOLIMA
Secretaria De Salud Del Tolima

Soluciones
que transforman

RESOLUCION N° 2358

"Por la cual se Registra un título y se concede autorización para ejercer como"
AUXILIAR EN ENFERMERIA

SECRETARIA DE SALUD DEL TOLIMA
En uso de la facultad concedida por los Decretos N° 1875 de Agosto 3 de 1994 y 1352 de 2000, del Ministerio de Salud y

CONSIDERANDO

Que YARI MELIZA VEGA GALICIA, identificado (a) con Cedula de Ciudadania N° 1105334971, ha solicitado el registro del certificado de Aptitud Ocupacional como AUXILIAR EN ENFERMERIA, según diploma N° 48 de fecha 2016-08-05 otorgado por CENTRO EDUCATIVO TOLIMENSE ESPECIALIZADO EN SISTEMAS Y SALUD "CENTECS" y acta de grado N° 21.

Que dicho Certificado de Aptitud Ocupacional, no requiere registro de la Secretaria de Educación, de conformidad con la directriz trazada en la circular N° 030 del 11 de mayo de 1984.

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Registrar el Certificado de Aptitud Ocupacional como AUXILIAR EN ENFERMERIA a YARI MELIZA VEGA GALICIA identificado (a) con Cedula de Ciudadania N° 1105334971, titulo otorgado por CENTRO EDUCATIVO TOLIMENSE ESPECIALIZADO EN SISTEMAS Y SALUD "CENTECS", según acta de grado N° 21 del 2016-08-05.

ARTICULO SEGUNDO: Este registro tiene validez en todo el territorio Nacional y tiene efectos de inscripción para laborar en el Departamento del Tolima.

ARTICULO TERCERO: NOTIFICAR a YARI MELIZA VEGA GALICIA, el contenido de la presente resolución, en los términos del artículo 67 y s.s del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

ARTICULO CUARTO: Contra la presente resolución procede el recurso de reposición ante el Secretario de Salud del Tolima y el de apelación ante el Gobernador del Tolima dentro de los 10 días siguientes a la fecha de notificación.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE 31 AGO 2017

SANDRA LILIANA TORRES DIAZ
Secretaria De Salud Del Tolima

GOBERNACION DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ES FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Elaboro: Liliana C. Revisó: Ana Judith Gamboa Mantilla - Directora de Oferta V.o Bo.: Oficina Juridica

GOBERNACIÓN DEL TOLIMA

SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL



YARIMELIZA VEGA GALICIA

1105334971

REGISTRO N°. 2358 2017-08-31

Inscripción 2017/8/2017 12:2358:31-08-2017

AUXILIAR EN ENFERMERÍA

Esta tarjeta es valido para dar cumplimiento a lo establecido en los Decretos 1875 de 1994, 1352 de 2000 y 930 de 2008 del Ministerio de la Protección Social

GOBERNACIÓN DEL TOLIMA

Soluciones

SISPRO - Aplicativos Misionales

Menú

Iniciar Sesión | Registrarse

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.

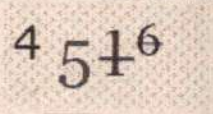
Tipo de Identificación *: Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *: 1105334971

Primer Nombre: yari

Primer Apellido: vega

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

6879

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2026-08-26→9:57:02 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1105334971	YARI	MELIZA	VEGA	GALICIA	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) YARI MELIZA VEGA GALICIA identificado(a) con CC 1105334971 registra La siguiente información:

2026-08-26→9:57:02 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA	2017-08-31	2358	GOBERNACION DEL TOLIMA

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

diabeticsservics

TikTok

DIABETICS SERVICS

Nit. 93404884-7

APROBADO POR DECRETO NO. 1075 DEL 26/05/2015 EDUCACION NO FORMAL ARTICULO 2.6.6.8

CODIGO 71510

APOYA

OlivetdSevics Medicina - Spa

@DIABETICSSERVICS

SEGUN ALINEAMIENTOS Y PARAMETROS

CERTIFICA QUE:

YARI MELIZA VEGA GALICIA

C. C. 1. 105. 334. 971 DE VALLE DE SAN JUAN TOLIMA

Participo y aprobó satisfactoriamente la capacitación

Curso De R.c.c.p Soporte Vital Básico Y/O

Soporte Cardiovascular Basico (B.l.s)

Con una intensidad de **Sesenta** horas (**60**)

CAPACITACION HIBRIDA

Se Realizó en IBAGUE, En El Mes De FEBRERO de 2026

Este curso no supera las 160 horas, se rige bajo el numeral 5.8 del articulo 1 del decreto 4904 de 2009, De Educación informal, el objetivo es brindar oportunidad para complementar, actualizar, Perfeccionar, Renovar o profundizar conocimientos, habilidades, técnicas, prácticas, No requiere registro de la secretaria De Educación y solo da lugar a expedición de constancia De asistencia. Educación no formal, no conduce a Título o certificado de actitud ocupacional Se realiza con el objetivo de brindar oportunidades

MinSalud Ministerio de Salud y Protección Social

OPS

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud

REALIZADO 05/02/2026

VENCE EL 05/02/2028

CÓDIGO 71510

Dra. SANDRA GARCIA T.	CARLOS CONILLA	ALEX ROMERO
Instructor - Medico	*Psicólogo - Salud Publica*	*Instructor - Gerente*

DURACION DEL CERTIFICADO DOS AÑOS A PARTIR DE LA FECHA

Codigo de verificación y/o la autenticación de este certificado puede ser solicitado al correo electronico diabeticsservics@hotmail.com bajo el código

CEL WASAT *3046320384-3118286469-LLAMADAS 3173495874* *https://diabetics-servics.principalwebsite.com/*

diabeticsservics

TikTok

DIABETICS SERVICS

Nit. 93404884-7

APROBADO POR DECRETO NO. 1075 DEL 26/05/2015 EDUCACION NO FORMAL ARTICULO 2.6.6.8

CÓDIGO 71010

APOYA

OlivetdSevics

@DIABETICSSERVICS

SEGÚN ALINEAMIENTOS Y PARÁMETROS

CERTIFICA QUE:

YARI MELIZA VEGA GALICIA

C. C. 1. 105. 334. 971 DE VALLE DE SAN JUAN TOLIMA

Participo y aprobó satisfactoriamente la capacitación

Curso Modelo Y Protocolo De Atencion Integral En Salud A Victimas De Violencia Sexual

Con una intensidad de Sesenta horas (*60*)

CAPACITACION HIBRIDA

Se Realizó en Ibagué, En El Mes De FEBRERO de 2026

Este curso no supera las 160 horas, se rige bajo el numeral 5.8 del artículo 1 del decreto 4904 de 2009, De Educación informal, el objetivo es brindar oportunidad para complementar, actualizar, Perfeccionar, Renovar o profundizar conocimientos, habilidades, técnicas, prácticas. No requiere registro de la secretaria De Educación y solo da lugar a expedición de constancia De asistencia. Educación no formal, no conduce a Título o certificado de actitud ocupacional Se realiza con el objetivo de brindar oportunidades

OPS

REALIZO 05/02/2026

VENCE EL 05/02/2028

CÓDIGO 71010

Dra. SANDRA GARCIA T.
Instructor - Medico

CARLOS BONILLA
Psicólogo - Salud Publica

ALEX ROMERO
Instructor - Gerente

DURACION DEL CERTIFICADO DOS AÑOS A PARTIR DE LA FECHA

Código de verificación y/o la autenticación de este certificado puede ser solicitado al correo electrónico diabeticsservics@hotmail.com bajo el código

CEL. WASAT *3046320384-3118286469-LLAMADAS 3173495874* *https://diabetics-services.principalwebsite.com/*

diabeticsservics

TikTok

DIABETICS SERVICS

Nit 93404884-7

CÓDIGO 52870

APROBADO POR DECRETO NO. 1075 DEL 26/05/2015 EDUCACION NO FORMAL ARTICULO 2.6.6.8

APOYA

OlivetdSevics

CERTIFICA QUE:

YARI MELIZA VEGA GALICIA

C. C. 1. 105. 334. 971 DE VALLE DE SAN JUAN TOLIMA

@DIABETICSSERVICS

SEGÚN ALINEAMIENTOS Y PARÁMETROS

Participo y aprobó satisfactoriamente la capacitación

Curso En Atención Integral De Urgencias A Víctimas De Quemadura Con Agentes Químicos Decreto1033 De 2014

Con una intensidad de Cuarenta horas (*40*)

CAPACITACION HIBRIDA

Se Realizó en IBAGUE, En El Mes De ENERO de 2026

Este curso no supera las 160 horas, se rige bajo el numeral 5.8 del artículo 1 del decreto 4904 de 2009. De Educación informal, el objetivo es brindar oportunidad para complementar, actualizar, Perfeccionar, Renovar o profundizar conocimientos, habilidades, técnicas, prácticas; No requiere registro de la secretaría De Educación y solo da lugar a expedición de constancia De asistencia. Educación no formal; no conduce a Título o certificado de aptitud ocupacional Se realiza con el objetivo de brindar oportunidades

MinSalud

OPS

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud

AVALADO 19/01/2026

VENCE EL 18/01/2028

DIABETICS SERVICS

Dra. SANDRA GARCIA T.
Instructor - Medico

CARLOS [illegible]NILLA
Psicólogo - Salud Publica

ALEX ROMERO
Instructor - Gerente

CÓDIGO 52870

DURACION DEL CERTIFICADO DOS AÑOS A PARTIR DE LA FECHA

Código de verificación y/o la autenticación de este certificado puede ser solicitado al correo electrónico diabeticsservics@hotmail.com bajo el código

CEL. WASAT *3046320384-3118286469-LLAMADAS 3173495874* *https://diabetics-servics.principalwebsite.com/*

diabeticsservics

TikTok

APROBADO POR DECRETO NO. 1075 DEL 26/05/2015 EDUCACION NO FORMAL ARTICULO 2.6.6.8

CODIGO 60595

APOYA

DIABETICS SERVICS

Nit. 93404884-7

CERTIFICA QUE:

YARI MELIZA VEGA GALICIA

C. C. 1. 105. 334. 971 DE VALLE DE SAN JUAN TOLIMA

Participo y aprobó satisfactoriamente la capacitación

Curso Manejo Del Duelo Resolución 3100/2019

Con una intensidad de **Sesenta Horas (60)**
CAPACITACIÓN HIBRIDA

Se Realizó en IBAGUE, En El Mes De ENERO de 2026

Este curso no supera las 160 horas, se rige bajo el numeral 5.8 del artículo 1 del decreto 4904 de 2009, De Educación informal el objetivo es brindar oportunidad para complementar, actualizar, Perfeccionar, Renovar o profundizar conocimientos, habilidades, técnicas, prácticas; No requiere registro de la secretaría De Educación y solo da lugar a expedición de constancia De asistencia. Educación no formal, no conduce a Título o certificado de aptitud ocupacional
Se realiza con el objetivo de brindar oportunidades

OlivetdSevics

@DIABETICSSERVICS

SEGUN ALINEAMIENTOS Y PARAMETROS

MinSalud

OPS

REALIZO 18/01/2025

VENCE EL 18/01/2028

CÓDIGO 60595

Dra. SANDRA GARCIA T.
Instructor - Medico

CARLOS BONILLA
Psicólogo - Salud Publica

ALEX ROMERO
Instructor - Gerente

DURACION DEL CERTIFICADO DOS AÑOS A PARTIR DE LA FECHA

Código de verificación y/o la autenticación de este certificado puede ser solicitado al correo electrónico diabeticsservics@hotmail.com bajo el código
CEL. WASAT *3046320384-3118286469-LLAMADAS 3173495874* *https://diabetics-servics.principalwebsite.com/*

diabeticsservics

TikTok

APROBADO POR DECRETO NO. 1075 DEL 26/05/2015 EDUCACION NO FORMAL ARTICULO 2.6.6.8

CÓDIGO 52869

APOYA

DIABETICS SERVICS

CERTIFICA QUE:

YARI MELIZA VEGA GALICIA

C. C. 1. 105. 334. 971 DE VALLE DE SAN JUAN TOLIMA

@DIABETICSSERVICS

OlivetdSevics

Participo y aprobó satisfactoriamente la capacitación

Curso Formación De Competencias Detección, Cuidado, Mantenimiento Del Donante De Órganos Tejidos Y Componentes Anatómicos

SEGÚN ALINEAMIENTOS Y PARÁMETROS

Con una intensidad de Cuarenta horas (*40*)

CAPACITACION HIBRIDA

Nit. 93404884-7

Se Realizó en IBAGUE, En El Mes De ENERO de 2026

Este curso no supera las 160 horas, se rige bajo el numeral 5.8 del artículo 1 del decreto 4904 de 2009, De Educación informal, el objetivo es brindar oportunidad para complementar, actualizar, Perfeccionar, Renovar o profundizar conocimientos, habilidades, técnicas, prácticas; No requiere registro de la secretaría De Educación y solo da lugar a expedición de constancia De asistencia. Educación no formal; no conduce a Título o certificado de aptitud ocupacional Se realiza con el objetivo de brindar oportunidades

OPS

REALIZO: 26/01/2026

VENCE EL: 26/01/2028

CÓDIGO 52869

Dra. SANDRA GARCIA T.
Instructor - Medico

CARLOS [illegible]NILLA
Psicólogo - Salud Publica

ALEX ROMERO
Instructor - Gerente

DURACION DEL CERTIFICADO DOS AÑOS A PARTIR DE LA FECHA

Código de verificación y/o la autenticación de este certificado puede ser solicitado al correo electrónico diabeticsservics@hotmail.com bajo el código

CEL. WASAT *3046320384-3118286469-LLAMADAS 3173495874* *https://diabetics-servics.principalwebsite.com/*

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Yari Meliza Vega Galicia

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

Diagnóstico y manejo clínico del dengue

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 80,00 %

22 de mayo de 2024

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

OPS CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PUBLICA

FIU Robert Stempel College of Public Health & Social Work
Florida International University

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=664e71c7-2d80-4327-9e1d-d173ac1f5a41

diabeticsservics

TikTok

CÓDIGO 52871

APROBADO POR DECRETO NO. 1075 DEL 26/05/2015 EDUCACION NO FORMAL ARTICULO 2.6.6.8

APOYA

DIABETICS SERVICS

CERTIFICA QUE:

YARI MELIZA VEGA GALICIA

C. C. 1. 105. 334. 971 DE VALLE DE SAN JUAN TOLIMA

Participo y aprobó satisfactoriamente la capacitación

Curso Para El Fortalecimiento De Competencias En La Implementación De La Ruta De Promoción Y Mantenimiento De La Salud En Todos Los Momentos Del Curso De Vida Según La Resolución 3280 De 2018

SEGÚN ALINEAMIENTOS Y PARAMETROS

Nit. 93404884-7

Con una intensidad de Cuarenta horas (*40*)

CAPACITACION HIBRIDA

Se Realizó en IBAGUE, En El Mes De ENERO de 2026

Este curso no supera las 160 horas, se rige bajo el numeral 5.8 del artículo 1 del decreto 4904 de 2009, De Educación informal, el objetivo es brindar oportunidad para complementar, actualizar, Perfeccionar, Renovar o profundizar conocimientos, habilidades, técnicas, prácticas; No requiere registro de la secretaría De Educación y solo da lugar a expedición de constancia De asistencia Educación no formal, no conduce a Título o certificado de aptitud ocupacional Se realiza con el objetivo de brindar oportunidades

OlivetdSevics

OPS

EXPEDIDO 18/01/2026

VENCE EL 18/01/2028

CÓDIGO 52871

Dra. SANDRA GARCIA T.
Instructor - Medico

CARLOS [illegible]NILLA
Psicólogo - Salud Publica

ALEX ROMERO
Instructor - Gerente

DURACION DEL CERTIFICADO DOS AÑOS A PARTIR DE LA FECHA

Código de verificación y/o la autenticación de este certificado puede ser solicitado al correo electrónico diabeticsservics@hotmail.com bajo el código

CEL. WASAT *3046320384-3118286469-LLAMADAS 3173495874* *https://diabetics-servics.principalwebsite.com/*

diabeticsservics

TikTok

DIABETICS SERVICS

Nit. 93404884-7

CÓDIGO 60594

APROBADO POR DECRETO NO. 1075 DEL 26/05/2015 EDUCACION NO FORMAL ARTICULO 2.6.6.8

APOYA

OlivetdSevics Medical Spa

@DIABETICSSERVICS

SEGUN ALINEAMIENTOS Y PARÁMETROS

MinSalud Ministerio de Salud y Protección Social

OPS

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud

CERTIFICA QUE:

YARI MELIZA VEGA GALICIA

C. C. 1. 105. 334. 971 DE VALLE DE SAN JUAN TOLIMA

Participo y aprobó satisfactoriamente la capacitación

Curso Toma Segura De Muestras, Biológicas, Conservación Y Transporte De Muestras Para El Análisis Por El Laboratorio Clínico

Con una intensidad de Sesenta Horas (60)

CAPACITACIÓN HIBRIDA

Se Realizó en IBAGUE, En El Mes De ENERO de 2026

Este curso no supera las 160 horas, se rige bajo el numeral 5.8 del artículo 1 del decreto 4904 de 2009, De Educación informal, el objetivo es brindar oportunidad para complementar, actualizar, Perfeccionar, Renovar o profundizar conocimientos, habilidades, técnicas, prácticas; No requiere registro de la secretaria De Educación y solo da lugar a expedición de constancia De asistencia. Educación no formal, no conduce a Título o certificado de aptitud ocupacional Se realiza con el objetivo de brindar oportunidades

REALIZO 20/01/2026

VENCE EL 20/01/2028

CÓDIGO 60594

Dra. SANDRA GARCIA T.
Instructor - Medico

CARLOS BONILLA
Psicólogo - Salud Publica

ALEX ROMERO
Instructor - Gerente

DURACION DEL CERTIFICADO DOS AÑOS A PARTIR DE LA FECHA

Código de verificación y/o la autenticación de este certificado puede ser solicitado al correo electrónico diabeticsservics@hotmail.com bajo el código

CEL. WASAT *3046320384-3118286469-LLAMADAS 3173495874* *https://diabetics-services.principalwebsite.com/*

diabeticsservics

TikTok

DIABETICS SERVICS

Nit. 93404884-7

APROBADO POR DECRETO NO. 1075 DEL 26/05/2015 EDUCACION NO FORMAL ARTICULO 2.6.6.8

CÓDIGO 52872

APOYA

OlivetdSevics Medicina - Spa

CERTIFICA QUE:

YARI MELIZA VEGA GALICIA

C. C. 1. 105. 334. 971 DE VALLE DE SAN JUAN TOLIMA

Participo y aprobó satisfactoriamente la capacitación

Curso Pai – Administración de inmunobiológicos plan ampliado de inmunización

Con una intensidad de **Cuarenta** horas (***40***)

CAPACITACION HIBRIDA

Se Realizó en IBAGUE, En El Mes De ENERO de 2026

Este curso no supera las 160 horas, se rige bajo el numeral 5.8 del artículo 1 del decreto 4904 de 2009, De Educación informal, el objetivo es brindar oportunidad para complementar, actualizar, Perfeccionar, Renovar o profundizar conocimientos, habilidades, técnicas, prácticas; No requiere registro de la secretaria De Educación y solo da lugar a expedición de constancia De asistencia. Educación no formal; no conduce a Titulo o certificado de actitud ocupacional
Se realiza con el objetivo de brindar oportunidades

@DIABETICSSERVICS

SEGÚN ALINEAMIENTOS Y PARÁMETROS

MinSalud Ministerio de Salud y Protección Social

OPS

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud Américas

REALIZO 18/01/2026

VENCE EL 18/01/2028

CÓDIGO 52872

Dra. SANDRA GARCIA T.
Instructor - Medico

CARLOS [illegible]NILLA
Psicólogo - Salud Publica

ALEX ROMERO
Instructor - Gerente

DURACION DEL CERTIFICADO DOS AÑOS A PARTIR DE LA FECHA

Código de verificación y/o la autenticación de este certificado puede ser solicitado al correo electrónico diabeticsservics@hotmail.com bajo el código

CEL. WASAT ***3046320384-3118286469-LLAMADAS 3173495874*** ***https://diabetics-servics.principalwebsite.com/***

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Yari Meliza Vega Galicia

ha participado y aprobado el Curso Virtual

Precauciones básicas: higiene de manos (COVID-19)

(versión en español revisada y adaptada para la región de las Américas del material disponible en OpenWHO)

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 1 - Porcentaje de aprobación: 90,00 %

25 de octubre de 2022

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=6358144d-03b0-46e3-8b62-5f48ac1f1c2e

diebeticsservics

TikTok

APROBADO POR DECRETO NO. 1075 DEL 26/05/2015 EDUCACION NO FORMAL ARTICULO 2.6.6.8

CÓDIGO S2872

APOYA

DIABETICS SERVICS

Nit. 93404884-7

CERTIFICA QUE:

YARI MELIZA VEGA GALICIA

C. C. 1. 105. 334. 971 DE VALLE DE SAN JUAN TOLIMA

Participo y aprobó satisfactoriamente la capacitación

Curso De Atención Psicosocial Y Salud Integral A Víctimas De Conflicto Armado (Papsivi)

Con una intensidad de Cuarenta horas (40)

CAPACITACION HIBRIDA

Se Realizó en IBAGUE, En El Mes De ENERO de 2026

Este curso no supera las 160 horas, se rige bajo el numeral 5.8 del artículo 1 del decreto 4904 de 2009, De Educación informal, el objetivo es brindar oportunidad para complementar, actualizar, Perfeccionar, Renovar o profundizar conocimientos, habilidades, técnicas, prácticas, No requiere registro de la secretaria De Educación y solo da lugar a expedición de constancia De asistencia. Educación no formal, no conduce a Titulo o certificado de aptitud ocupacional Se realiza con el objetivo de brindar oportunidades

@DIABETICSSERVICS

OlivetdSevics Medicina Spa

SEGUN ALINEAMIENTOS Y PARAMETROS

MinSalud Ministerio de Salud y Protección Social

OPS

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud Américas

REALIZO 18/01/2026

VENCE EL 18/01/2028

CÓDIGO S2872

Dra. SANDRA GARCIA T.	CARLOS [illegible]NILLA	ALEX ROMERO
Instructor - Medico	Psicólogo - Salud Publica	Instructor - Gerente

DURACION DEL CERTIFICADO DOS AÑOS A PARTIR DE LA FECHA

Código de verificación y/o la autenticación de este certificado puede ser solicitado al correo electrónico diabeticsservics@hotmail.com bajo el código

CEL. WASAT *3046320384-3118286469-LLAMADAS 3173495874* *https://diabetics-servics.principalwebsite.com/*

diabeticsservics

TikTok

DIABETICS SERVICS

Nit. 93404884-7

APROBADO POR DECRETO NO. 1075 DEL 26/05/2015 EDUCACION NO FORMAL ARTICULO 2.6.6.8

CODIGO 72010

APOYA

OlivetdSevics

@DIABETICSSERVICS

SEGUN ALINEAMIENTOS Y PARÁMETROS

CERTIFICA QUE:

YARI MELIZA VEGA GALICIA

C. C. 1. 105. 334. 971 DE VALLE DE SAN JUAN TOLIMA

Participo y aprobó satisfactoriamente la capacitación

Curso Humanizacion En Servicios De Salud

Con una intensidad de **Sesenta** horas (**60**)

CAPACITACION HIBRIDA

Se Realizó en Ibagué, En El Mes De FEBRERO de 2026

Este curso no supera las 160 horas, se rige bajo el numeral 5.8 del artículo 1 del decreto 4904 de 2009, De Educación informal, el objetivo es brindar oportunidad para complementar, actualizar, Perfeccionar, Renovar o profundizar conocimientos, habilidades, técnicas, prácticas, No requiere registro de la secretaria De Educación y solo da lugar a expedición de constancia De asistencia. Educación no formal, no conduce a Título o certificado de actitud ocupacional Se realiza con el objetivo de brindar oportunidades

MinSalud

OPS

REALIZO 04/02/2026

VENCE EL 05/02/2028

CÓDIGO 72010

Dra. SANDRA GARCIA T.
Instructor - Medico

CARLOS BONILLA
Psicólogo - Salud Publica

DURACION DEL CERTIFICADO DOS AÑOS A PARTIR DE LA FECHA

ALEX ROMERO
Instructor - Gerente

Código de verificación y/o la autenticación de este certificado puede ser solicitado al correo electrónico diabeticsservics@hotmail.com bajo el codigo

CEL WASAT *3046320384-3118286469-LLAMADAS 3173495874* *https://diabetics-servics.principalwebsite.com/*

diabeticsservics

TikTok

APROBADO POR DECRETO NO. 1075 DEL 26/05/2015 EDUCACION NO FORMAL ARTICULO 2.6.6.8

APOYA

DIABETICS SERVICS

Nit. 93404884-7

CERTIFICA QUE:

YARI MELIZA VEGA GALICIA

C. C. 1. 105. 334. 971 DE VALLE DE SAN JUAN TOLIMA

Participo y aprobó satisfactoriamente la capacitación

Curso Seguridad Del Paciente Y Calidad De La Atención En Los Servicios De Salud

Con una intensidad de Cuarenta horas (*40*)

CAPACITACION HIBRIDA

Se Realizó en IBAGUE, En El Mes De ENERO de 2026

Este curso no supera las 160 horas; se rige bajo el numeral 5.8 del artículo 1 del decreto 4904 de 2009, De Educación informal, el objetivo es brindar oportunidad para complementar, actualizar, Perfeccionar, Renovar o profundizar conocimientos, habilidades, técnicas, prácticas; No requiere registro de la secretaría De Educación y solo da lugar a expedición de constancia De asistencia. Educación no formal, no conduce a Título o certificado de aptitud ocupacional. Se realiza con el objetivo de brindar oportunidades

@DIABETICSSERVICS

OlivetdSevics

SEGUN ALINEAMIENTOS Y PARÁMETROS

OPS

CÓDIGO

Dra. SANDRA GARCIA T.
Instructor - Medico

CARLOS [illegible]NILLA
Psicólogo - Salud Publica

ALEX ROMERO
Instructor - Gerente

DURACION DEL CERTIFICADO DOS AÑOS A PARTIR DE LA FECHA

Código de verificación y/o la autenticación de este certificado puede ser solicitado al correo electrónico diabeticsservics@hotmail.com bajo el código

CEL. WASAT *3046320384-3118286469-LLAMADAS 3173495874* *https://diabetics-servics.principalwebsite.com/*

diabeticsservics

TikTok

DIABETICS SERVICS

Nit. 93404884-7

CÓDIGO 52868

APROBADO POR DECRETO NO. 1075 DEL 26/05/2015 EDUCACION NO FORMAL ARTICULO 2.6.6.8

APOYA

OlivetdSevics

@DIABETICSSERVICS

SEGUN ALINEAMIENTOS Y PARÁMETROS

CERTIFICA QUE:

YARI MELIZA VEGA GALICIA

C. C. 1. 105. 334. 971 DE VALLE DE SAN JUAN TOLIMA

Participo y aprobó satisfactoriamente la capacitación

Curso En Atención Al Usuario De La Salud

Con una intensidad de Cuarenta horas (*40*)
CAPACITACION HIBRIDA

Se Realizó en IBAGUE, En El Mes De ENERO de 2026

Este curso no supera las 160 horas, se rige bajo el numeral 5.8 del artículo 1 del decreto 4904 de 2009. De Educación informal, el objetivo es brindar oportunidad para complementar, actualizar, Perfeccionar, Renovar o profundizar conocimientos, habilidades, técnicas, prácticas; No requiere registro de la secretaria De Educación y solo da lugar a expedición de constancia De asistencia. Educación no formal, no conduce a Título o certificado de actitud ocupacional Se realiza con el objetivo de brindar oportunidades

MinSalud Ministerio de Salud y Protección Social

OPS

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud

REALIZO 28/01/2026

VENCE EL 28/01/2028

CÓDIGO 52868

Dra. SANDRA GARCIA T.
Instructor - Medico

CARLOS [illegible]NILLA
Psicólogo - Salud Publica

ALEX ROMERO
Instructor - Gerente

DURACION DEL CERTIFICADO DOS AÑOS A PARTIR DE LA FECHA

Código de verificación y/o la autenticación de este certificado puede ser solicitado al correo electrónico diabeticsservics@hotmail.com bajo el código CEL. WASAT *3046320384-3118286469-LLAMADAS 3173495874* *https://diabetics-services.principalwebsite.com/*

Salud

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Yari Meliza Vega Galicia

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

Manejo clínico de pacientes con fiebre amarilla

Ofrecido a través del Nodo Colombia del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 48 - Porcentaje de aprobación: 100,00 %

16 de junio de 2026

Dra. Gina Tambini
Representante OPS/OMS en Colombia

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

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

8b4dd8dc-0d59-40dc-bc0d-879531c07f9a

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=8b4dd8dc-0d59-40dc-bc0d-879531c07f9a