FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Diaz	Trillos	Wendy Vanesa

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1092733220	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 06 MES 04 AÑO 2007	CALLE 1A BIS B SUR 3D 1 SUR BARRIO LOS CRISTALES			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	CESAR
DEPTO	CESAR	MUNICIPIO	RÍO DE ORO		
MUNICIPIO	RÍO DE ORO	TELÉFONO	3106657185	EMAIL	diaztrillosw@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	EDUCACION MEDIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	08	AÑO	2025

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 ÈSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

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

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

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)

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	11
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
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

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL DEL RIO DE ORO	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO CESAR	*MUNICIPIO* RÍO DE ORO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3173638500	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	08	*Año*	2025	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* "URGENCIAS"						*DIRECCIÓN*					

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*					

La República de Colombia
y en su Nombre

Institución Educativa Normal Superior

Río de Oro - Cesar

Acreditación de Calidad y Desarrollo según Res. No. 3137 de 2003
Aprobación de Estudios Secretaría de Educación Departamento del Cesar,
Res. No. 006173 del 10 de octubre 2016
Autorización de Funcionamiento Programa de Formación Complementaria
Res. Ministerial No. 000832 del 28 de enero de 2019

Confiere a:

Wendy Vanesa Díaz Trillos

Identificado(a) con Tarjeta de Identidad No. 1.092.733.220 de Río de Oro

El Título de:

Bachiller Académico
con Profundización en Pedagogía

Por haber alcanzado y aprobado los logros de formación integral correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, de acuerdo con el Decreto Ministerial 1236 del 14 de septiembre de 2020 y el Proyecto Educativo Institucional - P.E.I.

Mag. Nexy Esperanza Pinto Durán
Rectora

Ministerio de Educación Nacional
INSTITUCIÓN EDUCATIVA
NORMAL SUPERIOR
RÍO DE ORO - CESAR
RECTORA

Tirza Quintero de Sánchez
Ministerio De Educación Nacional
INSTITUCIÓN EDUCATIVA
NORMAL SUPERIOR
RÍO DE ORO - CESAR
SECRETARIA

Anotado en el Control Interno de la Institución
Libro No. 01 Folio No. 68 Diploma No. 2387

Dado en Río de Oro - Cesar, a los 15 días del mes de Diciembre de 2023

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ESCUELA NACIONAL DE FORMACIÓN EN SALUD
SANTA TERESA DE CALCUTA

Acuerdo No. 00329 del 10 de diciembre de 2015 de la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud, de los Ministerios de Salud y Protección Social y de Educación Nacional

Resoluciones No. 004371 del 13 de Octubre de 2009 y 000931 del 8 de abril de 2021 de la SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEPARTAMENTAL DE NORTE DE SANTANDER

EN ATENCIÓN A QUE

Wendy Vanesa Diaz Trillos

D.I. 1.092.733.220 de Rio de Oro

CURSÓ Y APROBÓ LOS ESTUDIOS CORRESPONDIENTES, Y CUMPLIENDO CON LOS DEMÁS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS POR LA INSTITUCIÓN, SE LE CONFIERE EL CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS COMO TÉCNICO LABORAL EN

Auxiliar en Enfermería

DADO EN LA CIUDAD DE OCAÑA, EL DÍA 02 DE AGOSTO DE 2025
INTENSIDAD HORARIA 1.800 HORAS TEÓRICO - PRÁCTICAS

RECTOR(A)

SECRETARÍA DE SALUD

LIBRO DE REGISTRO No. 2
Folio No. 200
FECHA 2 de Agosto 2025

ESCUELA NACIONAL DE FORMACIÓN EN SALUD
SANTA TERESA DE CALCUTA
Licencia de Funcionamiento Resolución N° 004371 del 13 de Octubre de 2009
de la Secretaría de Educación de Norte de Santander

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACION

En la ciudad de **OCAÑA** a los dos días (02) días del mes de **agosto** del año dos mil veinticinco **(2025)**. Se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último semestre, la suscrita Rectora y secretaria, en la Rectoría de la **ESCUELA NACIONAL DE FORMACION EN SALUD SANTA TERESA DE CALCUTA.** Institución aprobada según Acuerdo N.° 00329 del 10 de Diciembre de 2015 de la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud, de los **ministerios de Salud y Protección Social y de Educación Nacional** y Resoluciones N.° 004371 de Oct 13/2009 y 000931 de Abr.08/2021 emanadas por la **SECRETARIA DE EDUCACION DEPARTAMENTAL DE NORTE DE SANTANDER**, para otorgar el certificado de aptitud ocupacional por competencias **TÉCNICO LABORAL AUXILIAR EN ENFERMERIA**, con una intensidad de 1.800 horas TEÓRICO–PRÁCTICAS.

Comprobada la situación académica de cada uno de los Estudiantes que cursaron y aprobaron, el mencionado programa, se procedió a otorgar el **CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS COMO TÉCNICO LABORAL AUXILIAR EN ENFERMERIA** a: **WENDY VANESA DIAZ TRILLOS,** identificado(a) con documento de identidad N.° 1.092.733.220 expedido en **RIO DE ORO.**

Es fiel copia tomada del Acta Original General N.° 89 Libro de diplomas **02** Folio **290** fecha **DOS (02)** de **AGOSTO** de **2025**, que consta de setenta y seis (76) alumnos graduados, que comienza con el nombre de **IVAN RENE ANGARITA ANGARITA** y cierra con el nombre **JUAN CAMILO ZAPATA CASELLES.**

Firmada y sellada Por

Rectora **MARIA VICTORIA BECERRA PACHECO** y secretaria **GINA ISABEL MANDÓN CUETO**. Dada en Ocaña a los dos (02) dia del mes de agosto del 2025.

En constancia se firma la presente, por quienes por ella intervinieron, en cumplimiento a lo ordenado.

Rector(a)
C.C. N.° 37.338.292 de Ocaña

ESCUELA NACIONAL DE FORMACIÓN EN SALUD — RECTORÍA — SANTA TERESA DE CALCUTA

Secretaria
C.C. N.° 1.091.654.954 Ocaña

ESCUELA NACIONAL DE FORMACIÓN EN SALUD — SECRETARÍA — SANTA TERESA DE CALCUTA

INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR

RÍO DE ORO – CESAR

Acreditación de Calidad y Desarrollo Res. No. 3137 de 2003
Aprobación de Estudios Secretaría de Educación Departamento del Cesar,
Res. No. 006173 del 10 de octubre 2016
Autorización Funcionamiento Programa de Formación Complementaria
Res. Ministerial No. 000832 del 28 de enero de 2019

DANE No. 120614-000495 **NIT: 892300302-3**

Acta Individual de Grado No. 01

En la ciudad de Rio de Oro, Cesar, a los 15 días del mes de diciembre del año 2023, las suscritas: Rectora, Magister Nexy Esperanza Pinto Durán y la Secretaria, señora Tirza Quintero de Sánchez, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes del último grado del Nivel de Educación Media Académica, como Bachilleres, de acuerdo al Artículo 28 de la Ley 115 de 1.994 y Decretos No. 2903 de 1.994 y N°.968 de 1.995.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al último grado del Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el título de **Bachiller Académico con Profundización en Pedagogía**, a:

Wendy Vanesa Díaz Trillos

Identificado(a) con Tarjeta de Identidad No. 1.092.733.220 de Río de Oro

Esta acta consta de 69 alumnos graduados, comienza con el nombre de **Alarza Arias Adriana Andrea** y termina con el nombre de **Vergel Ortiz José Manuel.**

En constancia se firma la presente por quienes en ella intervinieron en el cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 7° del Decreto N° 180 de 1.981.

Mag. NEXY ESPERANZA PINTO DURÁN
C.C. 26.861.562 de Rio de Oro
Rectora

TIRZA QUINTERO DE SÁNCHEZ
C.C. 26.861.420 de Rio de Oro
Secretaria

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-01 Versión: 05	RESOLUCIÓN	Página 1 de 1

RESOLUCION No. 2729

(22 JUL 2020)

"Por la cual se autoriza el ejercicio de una ocupación y el procedimiento de inscripción en el RETHUS".

EL DIRECTOR DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL NORTE DE SANTANDER, y

en uso de sus atribuciones legales y en especial las conferidas en la Ley 1164 de 2007, Decreto 4192 de 2010, Decreto 1875 de 1994 modificado por el Decreto 1352 de 2000 y,

CONSIDERANDO:

Que la Ley 1164 de 2007, Ley de Talento Humano en Salud, dispuso la creación del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud (ReTHUS), previo a un proceso de certificación que deberán adelantar los Colegios de Profesionales, a quienes se les autorice tal actividad.

Que el Art. 9 del Decreto 4192 de 2010, dispone que hasta tanto no se deleguen las funciones al respectivo Colegio de Profesionales, las Direcciones Territoriales de Salud continuaran realizando el reconocimiento de los requisitos para ejercer la profesión u ocupación.

Que el Decreto 4904 de 2009, dicta disposiciones especiales definiendo los programas en las áreas auxiliares de la salud en los numerales 6.1 y subsiguientes.

Que **WENDY VANESA DIAZ TRILLOS**, identificada con la cédula de ciudadanía Nº 1092733220 expedida en Ocaña, Norte de Santander, ha solicitado la autorización para ejercer como TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA, Certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias que le otorgó LA ESCUELA NACIONAL DE FORMACIÓN EN SALUD SANTA TERESA DE CALCUTA, en la ciudad de Ocaña, el día 2 de agosto de 2025.

Que estudiada la documentación presentada por la solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes.

Que en virtud de lo expuesto anteriormente,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO:- Autorizar a **WENDY VANESA DIAZ TRILLOS**, identificada con la cédula de ciudadanía Nº 1092733220 expedida en Ocaña, Norte de Santander, para ejercer como **TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA**, en todo el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO:- Realizar el procedimiento de inscripción en el REGISTRO UNICO NACIONAL DEL TALENTO HUMANO EN SALUD (RETHUS).

ARTICULO TERCERO: La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Se expide en San José de Cúcuta, a los 22 JUL 2020

Firmado digitalmente por

JUAN ALBERTO BITAR MEJIA
Director

Proyectó y elaboró: AydeeHdez
Revisó: Henry Mantilla Blanco

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 17:13:03 horas del 19/06/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1092733220,** Apellidos y Nombres **DIAZ TRILLOS WENDY VANESA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HOSPITAL LOCAL DE RIO DE ORO**, con NIT **824000449-2** 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

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:

WENDY VANESA DIAZ TRILLOS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.092.733.220**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 9 de Enero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

Certificación
Bancaria

Miércoles, 29 de julio de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que WENDY VANESA DIAZ TRILLOS identificado(a) con CC 1092733220, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta de ahorros	91289138728	2025-08-10	Activo	*****

*Importante: Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345.Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: a15cf7fd-90b3-4acc-97fb-337ac73e6ae

Nombres y apellidos / Full name: **WENDY VANESA DIAZ TRILLOS**

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

Número de identificación / ID Number: **1 0 9 2 7 3 3 2 2 0**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **06/04/2007**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3108582878**

Correo electrónico / e-mail:

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
VPH	Primera	19	09	2019		R024838	RIO DE ORO HOSPITAL LOCAL	INGRITH TATIANA SANCHEZ HERRE
TD Adulto	Primera	22	10	2019		221501517B	RIO DE ORO HOSPITAL LOCAL	INGRITH TATIANA SANCHEZ HERRE
TD Adulto	Segunda	29	11	2019		221501517B	RIO DE ORO HOSPITAL LOCAL	INGRITH TATIANA SANCHEZ HERRE
VPH	Segunda	20	03	2020		R024995	RIO DE ORO HOSPITAL LOCAL	INGRITH TATIANA SANCHEZ HERRE
TD Adulto	Tercera	10	08	2020		2338X004AE	RIO DE ORO HOSPITAL LOCAL	INGRITH TATIANA SANCHEZ HERRE
TD Adulto	Cuarta	10	08	2021		2338L024F	RIO DE ORO HOSPITAL LOCAL	INGRITH TATIANA SANCHEZ HERRE
COVID PFIZER	Primera	14	09	2021	PFIZER	FF6849	RIO DE ORO HOSPITAL LOCAL	INGRITH SANCHEZ
COVID PFIZER	Segunda	14	12	2021	PFIZER	FL3196	RIO DE ORO HOSPITAL LOCAL	ERICA DEL ROSARIO PICON BAYONA
TD Adulto	Quinta	10	08	2022	Serum	2331L019C	RIO DE ORO HOSPITAL LOCAL	INGRITH SANCHEZ
TD Adulto	Quinta	10	08	2022	Serum	2331L019C	RIO DE ORO HOSPITAL LOCAL	INGRITH SANCHEZ
Hepatitis B Adultos Particular	Primera	11	04	2024		220500123C	CUCUTA CRUZ ROJA COLOMBIANA SEC NTE DE SANTANDER	KARY AMAYA
Hepatitis B Adultos Particular	Segunda	11	05	2024		220500123C	CUCUTA CRUZ ROJA COLOMBIANA SEC NTE DE SANTANDER	KARY AMAYA
Hepatitis B Adultos Particular	Tercera	12	06	2024		220500523C	CUCUTA CRUZ ROJA COLOMBIANA SEC NTE DE SANTANDER	KARY AMAYA
Fiebre Amarilla	Única	14	11	2024	Sanofi Pasteur	X3A881V	OCAÑA PUNTO DE VACUNACION EMIRO QUINTERO CAÑIZAREZ	ANA ELIDA ORTIZ SANGUINO

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

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

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

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

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

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

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

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

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: e15c78f-90b5-4aca-97fb-337acd73a80a

Nombres y apellidos / Full name: **WENDY VANESA DIAZ TRILLOS**

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

Número de identificación / ID Number: **1 0 9 2 7 3 3 2 2 0**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **06/04/2007**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3108582878**

Correo electrónico / e-mail:

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio	Número de Lote	IPS Vacunadora	Nombres y apellidos del vacunador
Vaccine	Doses	Día / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratory	Vaccine Batch	Administering Center	Full name Vaccinator
Sarampión Rubéola	Adicional	25	02	2026	Serum	0095M002	RIO DE ORO HOSPITAL LOCAL	EDITTA SANCHEZ BARRETO - CC28882635 - 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.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1092733220
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			WENDY VANESA DIAZ TRILLOS
CIUDAD/MUNICIPIO:	RIO DE ORO	DEPARTAMENTO:	CESAR
DIRECCIÓN:	BARRIO LOS CRISTALES	TELÉFONO:	3106657
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**1751406230**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	junio	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	junio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/07/06	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9997357164		

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	$ 280.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 280.200**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9009351267	ESSC62	ESSC62-ASMET SALUD EPS	1	$ 218.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 218.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	$ 42.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 42.700**

VALOR SIN MORA:	**$ 541.800**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 541.800**

MEDICENTER EDUCACIÓN VIRTUAL S.A.S
NIT 901.704.533-4

CERTIFICA QUE

WENDY VANESA DIAZ TRILLOS

IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1092733220

Asistió al Curso Avanzado

SOPORTE VITAL AVANZADO

Con una intensidad horaria de 70 horas.

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 11 DÍAS DEL MES DE AGOSTO DEL 2025, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE EL MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

Luisa Fernanda Cerquera Ortiz
Gerente

VERIFICACIÓN

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA DE 2 AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

TO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL



DATOS DEL SERVICIO					
Fecha Atención:	16/ago/2025 02:45 p. m.	**Cargo:**	AUXILIAR DE ENFERMERIA		
Examen:	Exámen Médico Ocupacional de Ingreso			**Historia:**	3117405
Empresa:	ESE HOSPITAL LOCAL DE RIO DE ORO	**T. Vinculación:**	Directo por Prestación de Servicios		

DATOS DEL PACIENTE			
Nombre:	WENDY VANESA DIAZ TRILLOS	**Identificación:**	CC-1092733220
Dirección:	BARRIO LOS CRISTALES - Colombia,	**Teléfono:**	3106657185
Fecha	06/abr/2007	**Edad:**	18 Años 4 Meses 11 Días
Sexo:	Femenino	**Estado Civil:**	Soltero(a)
Profesión:	AUXILIAR DE ENFERMERIA	**Régimen Salud:**	Subsidiado
EPS:	Asociación Mutual La Esperanza ASMET SALUD	**ARL:**	

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS		
Examen	**Estado**	**Fecha**
Énfasis Osteomuscular	REALIZADO	16/ago/2025 15:08 p. m.

Concepto(s) Médico(s):	**Sin restricciones o limitaciones para el cargo** **No se evaluaron requisitos de salud (altura, espacios confinados, manipular alimentos).**

Restricciones: Sin Restricciones Laborales.

Recomendaciones:
Se recomienda mantener hábitos de vida saludables: alimentación y ejercicio.
Uso de elementos de protección personal de acuerdo a la labor asignada.
Desarrollar las actividades laborales adoptando una adecuada postura de todos los segmentos corporales (higiene postural).
Realizar actividades preventivas de tipo osteomuscular (pausas activas).
Seguir normas establecidas de seguridad y salud ocupacional.
Reportar incidentes o accidentes a su jefe inmediato.

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

Este certificado es fiel transcripción de la historia clínica del trabajador y se tuvo en cuenta los resultados exámenes paraclínicos o pruebas complementarias.

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Wendy Diaz

Firma del Paciente

Nombre: WENDY VANESA DIAZ TRILLOS

C.C.: 1092733220

Betty Cecilia Osorio B.

Profesional: BETTY CECILIA OSORIO BLANCO
Especialista en SST
LIC 1077/24

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

WENDY VANESA DIAZ TRILLOS

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

Brote de sarampión en la era de poseliminación: Estudio de caso

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 10 - Porcentaje de aprobación: 82,00 %

8 de abril de 2026

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=66c678b3-95f4-45e9-8883-08ecac1f56f9

MEDICENTER EDUCACIÓN VIRTUAL S.A.S
NIT 901.704.533-4

CERTIFICA QUE

WENDY VANESA DIAZ TRILLOS

IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1092733220

Asistió al Curso Básico

HUMANIZACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD (HSS)

Con una intensidad horaria de 45 horas.

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 11 DÍAS DEL MES DE AGOSTO DEL 2025, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE EL MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

Luisa Fernanda Cerquera Ortiz
Gerente

VERIFICACIÓN

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

TO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

MEDICENTER EDUCACIÓN VIRTUAL S.A.S
NIT 901.704.533-4

CERTIFICA QUE

WENDY VANESA DIAZ TRILLOS

IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1092733220

Asistió al Curso Básico

PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VÍCTIMAS (PAPSIVI)

Con una intensidad horaria de 45 horas.

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 11 DÍAS DEL MES DE AGOSTO DEL 2025, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE EL MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

Luisa Fernanda Cerquera Ortiz
Gerente

VERIFICACIÓN

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

TO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

WENDY VANESA DIAZ TRILLOS

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

Respuesta rápida a brotes de sarampión y rubeola en las Américas

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 83,00 %

8 de abril de 2026

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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 141198587200

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1092733220 | 6. DV 5

12. Dirección seccional: Impuestos y Aduanas de Valledupar 2 4

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida 2

25. Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía 1 3

26. Número de identificación: 1092733220

27. Lugar de expedición: COLOMBIA

28. País 1 6 9

29. Departamento: Cesar 2 0

30. Ciudad/Municipio: Río de Oro 6 1 4

31. Primer apellido: DIAZ

32. Segundo apellido: TRILLOS

33. Primer nombre: WENDY

34. Otros nombres: VANESA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País: COLOMBIA 1 6 9

39. Departamento: Cesar 2 0

40. Ciudad/Municipio: Río de Oro 6 1 4

41. Dirección principal: BRR LOS CRISTALES

42. Correo electrónico: diaztrillosw@gmail.com

43. Código postal 2 0 5 0 4 0

44. Teléfono 1: 3 1 0 6 6 5 7 1 8 5

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

53. Código 4 9

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

54. Código

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Exportadores

55. Forma | 56. Tipo | Servicio 1 2 3

57. Modo

58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X]

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2025-08-18 / 04:38:50PM

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: DIAZ TRILLOS WENDY VANESA

985. Cargo: Contribuyente

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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 viernes 19 de junio de 2026, a las 17:20:13, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1092733220
Código de Verificación	1092733220260619172012

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

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 298175143

PIB
17:16:22

Bogotá DC, 19 de junio 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) WENDY VANESA DIAZ TRILLOS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1092733220:

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 Política 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.

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 05:14:45 PM horas del 19/06/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1092733220**
Apellidos y Nombres: **DIAZ TRILLOS WENDY VANESA**

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.

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia.
Bogotá D.C.
Atención administrativa:
Lunes a Viernes 8:00 a.m. a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Líneas de atención al ciudadano: 5159700 ext. 33562 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.atencion.atc@policia.gov.co

Todos los derechos reservados.

INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

Rio de Oro, 29 de julio de 2026

Doctor:
SHERIL NATALIA RINCÒN
Gerente - E.S.E. Hospital Local de Rio de Oro - Cesar
Municipio de Rio De Oro
Ciudad

ASUNTO: Manifestación de no estar incurso en causales de inhabilidades e incompatibilidades para la celebración de CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS con la E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE RIO DE ORO – CESAR.

WENDY VANESA DIAZ TRILLOS , persona que está suscribiendo la propuesta, identificada como aparece al pie de mi firma, obrando en nombre propio, por medio del presente me permito presentar propuesta para el contrato de prestación de servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión manifiesto, que no me encuentro incurso (a), en causales de inhabilidad, incompatibilidad o prohibiciones establecidas por la Constitución o la Ley, para suscribir contratos con la E.S.E. Hospital Local de Rio de Oro – Cesar, entre otros declaro:

1. Que SI____NO_X__ he sido condenado en cualquier tiempo, por la comisión de delitos que afecten el patrimonio del Estado, ni relacionados con la pertenencia, promoción o financiación de grupos armados ilegales, de lesa humanidad o de narcotráfico en Colombia o en el exterior (Art. 122 C.P.).

2. Que como servidor público SI___ NO__X__ he dado lugar con una conducta dolosa o gravemente culposa, calificada así por sentencia ejecutoriada, a que el Estado sea condenado a una reparación patrimonial. En caso positivo, SI NO asumí con mi patrimonio el daño (Art. 122 C.P.)

3. Que SI___ NO__X__ he sido sancionado disciplinariamente con destitución (Ley 80 de 1.993 art. 8°, literal d).

4. Que en sentencia judicial SI___ NO_X___ he sido condenado a la interdicción de derechos y funciones públicas (Ley 80 de 1.993 art. 8°, literal d).

5. Que SI___ NO_X___ he sido declarado responsable judicialmente por soborno transnacional. En caso positivo, ¿Cuál? _____ (Art. 8, Núm. 1°, lit. j), ley 80 de 1.993, modificado ley 1474 de 2.011 art. 1).

6. ¿En algún momento le han declarado la caducidad de un contrato? SI___ NO__X__ ¿Cuál? _____ (Art. 8°, Núm. 1°, lit. c), ley 80 de 1.993.

7. ¿Se ha abstenido de suscribir contrato estatal adjudicado, sin existir justa causa?
SI___ NO_X___ (Art. 8°, Núm. 1°, lit. e), ley 80 de 1.993).

8. ¿Es usted servidor público? SI___ NO__ X__ (Art. 8°, Núm. 1°, lit. 9, ley 80 de 1.993).

9. ¿Es usted integrante de una Junta Administradora Local de Rio de Oro? SI___ NO_X_ __ (Art. 8°, Núm. 1°, lit. f), ley 80 de 1.993).

10. ¿Su cónyuge o compañero (a) permanente, padre, madre, algún hijo(a), hermano(a), abuelo(a), nieto (a), cuñado (a), ha presentado propuesta para una licitación, Concurso de Méritos, Selección Abreviada o Mínima Cuantía? SI___ NO__ X __ (Art. 8°, Núm. 1°, lit. g), ley 80 de 1.993).

11. ¿Pertenece o perteneció a sociedad a la que se haya declarado la caducidad en un contrato? SI___ NO__X __ ¿Cuál?_____ (Art. 8°, Num. 1°, lit. i), ley 80 de 1.993)

12. ¿Ha financiado en los últimos cuatro años, campañas políticas a la presidencia de la república, a la gobernación o a la alcaldía o alguno de sus parientes como: padre, madre, hijo (a), hermano (a), abuelo(a), nieto (a), cuñado (a), hijo(a) adoptivo, ¿padre o madre adoptante? SI___ NO__X __ ¿Quién?_____ ¿Cuál fue el monto del aporte?_____ (NO APLICA PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES) (Art. 8°, Núm. 1°, lit. k), ley 80 de 1.993 adicionado por Art. 2. Ley 1474 de 2.011).

13. Ha sido miembro del Concejo Municipal de Rio de Oro o servidor público? SI___ NO__X__ Indique el cargo_____ ¿Cuál fue la fecha de retiro? _____ (Art. 8°, Núm. 2°, lit. a), ley 80 de 1.993).

14. ¿Alguno de los siguientes: padre, madre, hijo (a), hermano (a), abuelo(a), nieto (a), cuñado(a), hijo(a) adoptivo, padre o madre adoptante, es servidor público en cargos de nivel directivo, asesor del Municipio o miembro del Concejo Municipal de Rio de Oro, ¿o es persona que ejerza control interno o fiscal, en el Municipio? SI___ NO_X___ ¿Quién?_____ (Art. 8°, Núm. 2°, lit. b), ley 80 de 1.993).

15. ¿Su cónyuge o compañero (a) permanente, es servidor público en nivel directivo, asesor, o miembro del Concejo Municipal de Rio de Oro o ejerce funciones de control interno o de control fiscal, en el Municipio? SI___ NO_X___ ¿Quién?_____ Indique el cargo (Art. 8°, Núm. 2°, lit. c), ley 80 de 1.993).

16. ¿Es miembro del Concejo Municipal de Rio de Oro?
SI___ NO_X___¿Cuál?_____ (Art. 8°, Núm. 2°, lit. e), ley 80 de 1.993)

17. ¿Tiene algún parentesco con el alcalde Municipal de Rio de Oro? SI____ NO__X__ ¿Cuál?_____ (Art. 19 Ley 53 de 1.990).

18. ¿Tiene algún parentesco con un concejal de Rio de Oro? SI___ NO__X ¿Cuál?_____ (Art. 19 Ley 53 de 1.990).

19. ¿Tiene algún parentesco con el Secretario (a) del Concejo Municipal de Rio de Oro? SI___ NO__X__ ¿Cuál?_____ (Art. 19 Ley 53 de 1.990).

20. ¿Tiene algún parentesco con el Contralor(a) departamental? SI___ NO__X__ ¿Cuál?_____ (Art. 19 Ley 53 de 1.990).

21. ¿Ha ejercido cargos en el nivel directivo en entidades del Estado? SI___ NO_X__
¿Cuál?_____ ¿Tiene relación con el objeto del contrato a suscribir? SI ___ NO X__ Indique fecha de retiro_____ (Art. 8°, Núm. 2°, lit. f), ley 80 de 1.993, adicionado ley 1474 de 2.011 art.4° inc. 1°).

22. ¿Alguno de sus parientes como: padre, madre, hijo(a), cuñado(a), hijo(a) adoptivo, padre o madre adoptante, tiene calidad de ex empleado público del nivel directivo de una entidad estatal? SI___ NO__X__. ¿Tiene relación con el objeto del contrato a suscribir? SI___ NO_X__ Indique fecha de retiro_____ (Art. 8°, Núm. 2°, lit. f), ley 80 de 1.993, adicionado ley 1474 de 2.011 art.4° inc. 2°).

23. ¿Ha sido objeto de imposición de cinco (5) o más multas durante la ejecución de uno o varios contratos, durante una misma vigencia fiscal, con una o varias entidades estatales? SI___ NO__X__ ¿Cuántas?_____ (Ley 1474 de 2.011 Art. 90 lit. a)

24. ¿Ha sido objeto de declaratorias de incumplimiento contractual en por lo menos dos (2) contratos durante una misma vigencia fiscal, con una o varias entidades estatales? SI___ NO__X__ ¿Cuántas?_____ (Ley 1474 de 2.011 Art. 90 lit. b).

25. ¿Ha sido objeto de imposición de dos (2) multas y un (1) incumplimiento durante una misma vigencia fiscal, con una o varias entidades estatales? SI____ NO___X_ ¿Cuántas?_____ (Ley 1474 de 2.011 Art. 90 lit. c).

26. ¿Ha celebrado contrato estatal de obra pública, de concesión, suministro de medicamentos y de alimentos o su cónyuge, compañero(a) permanente, padre, madre, hijo (a), hermano (a), abuelo(a), nieto (a), cuñado (a), hijo(a) adoptivo, padre o madre adoptante, con las entidades a que se refiere el artículo 2° de la Ley 80 de 1993, durante el plazo de ejecución y hasta la liquidación del contrato? SI___ NO__X__ ¿Cuál?_____ (APLICA PARA CELEBRAR CONTRATOS DE INTERVENTORIA). Ley 1474 de 2.011 Art. 5.

Declaro que he leído, entendido, comprendido y respondido las anteriores preguntas con toda precisión.
Cordialmente,

Wendy Vanesa Díaz

WENDY VANESA DIAZ TRILLOS
CC: 1092733220
RIO DE ORO CESAR
Celular:3106657185
Diaztrillosw@gmail.com

MEDICENTER EDUCACIÓN VIRTUAL S.A.S
NIT 901.704.533-4

CERTIFICA QUE

WENDY VANESA DIAZ TRILLOS

IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1092733220

Asistió al Curso Básico

TRIAGE CLASIFICACIÓN HOSPITALARIA (TCH)

Con una intensidad horaria de 45 horas.

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 13 DÍAS DEL MES DE AGOSTO DEL 2026, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE EL MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

Luisa Fernanda Cerquera Ortiz
Gerente

VERIFICACIÓN

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

RETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD