Hospital E.S.E. CASTILLA LA NUEVA	**HOSPITAL CASTILLA LA NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NIT 900.004.059-7**			MUNICIPIO DE CASTILLA LA NUEVA
	LISTA DE VERIFICACION HOJAS DE VIDA			
	CÓDIGO	FECHA	VERSIÓN	Documento Controlado
	TH-F-04	17-02-2026	08	Página 1 de 1

NOMBRE Y APELLIDOS: Yeidy Zhanith Bustos Vega **FECHA DE VERIFICACIÓN:** 04-Sep.

#	CRITERIO DE CUMPLIMIENTO	SI	NO	N/A
1	Acto administrativo de nombramiento (nomina)			X
2	Acta de posesión (nomina)			X
3	Soporte del pago estampilla (nomina)			X
4	Hoja de Vida DAFP – Actualizada y Descargada del SIGEP II (Debe reflejar el presente de la persona)	✓		
5	Declaración Juramentada de Bienes y Rentas – Actualizada y Descargada del SIGEP II (Debe reflejar el presente de la persona)	✓		
6	Registro de los Conflictos de Interés - Ley 2013 de 2019 Función Pública - Aplicativo por la Integridad Pública	✓		
7	Declaración de Inhabilidades e incompatibilidades. (Presentación del Formulario del Hospital).	✓		
8	Cédula de Ciudadanía al 150% - Copia Simple con resolución de buena calidad.	✓		
9	Registro Único Tributario RUT – Actualizada. (Expedición No superior a un mes) - Copia Simple con resolución de buena calidad.	✓		
10	Libreta Militar o Documento que Resuelve Situación Militar - Copia Simple con resolución de buena calidad.			X
11	Carnet de Vacunas Completo - Copia Simple con Resolución de buena calidad.	✓		
12	Examen Médico Ocupacional por Perfil (Hospital)	✓		
13	Constancia de Afiliación a EPS, Fondo de Pensión y ARL (Expedición no superior a 2 meses) (N/A ARL será afiliado por el Hospital)	✓		
14	Formato de Confidencialidad y No Divulgación de Información. (Formulario del Hospital).	✓		
15	Autorización de Trata de Datos Personales y Consulta de Antecedentes, en especial, Delitos Sexuales. (Formulario del Hospital).	✓		
16	Certificado de Antecedentes Disciplinarios Expedido Por la Procuraduría General de la Nación. (Expedición no superior a 1 mes)	✓		
17	Certificado de Antecedentes Fiscales Expedido Por la Contraloría General de la Republica. (Expedición no superior a 1 mes)	✓		
18	Certificado de Antecedentes Judiciales Expedido Por la Policía Nacional de Colombia. (Expedición no superior a 1 mes)	✓		
19	Certificado de Antecedentes Medidas Correctivas Expedido Por el RNMC. (Expedición no superior a 1 mes)	✓		
20	Certificado delitos sexuales Expedido Por la Policía Nacional de Colombia. (Expedición no superior a 1 mes)	✓		
21	Certificado del Registro de Deudores Alimentarios Morosos. (Expedición no superior a 1 mes)	✓		
22	Certificación Bancaria (Vigencia no superior a 30 días)	✓		
23	Tarjeta Profesional al 150% - Copia Simple con Resolución de buena calidad.	✓		
24	Diploma de Grado - Copia Simple con Resolución de buena calidad.	✓		
25	Acta de Grado - Copia Simple con Resolución de buena calidad.	✓		
26	Antecedentes Profesionales, Comprobante de No Estar Inhabilitado Para Ejercer la Profesión y Vigencia de la Tarjeta Profesional.			X
27	Cursos, Diplomados, Posgrados, ETC. (Sólo se debe relacionar estudios del perfil profesional según la necesidad)			X
28	Convalidación por Parte de Autoridad Competente Para Títulos Obtenidos en el Extranjero.			X
29	Certificación Laboral Relacionada (Que tenga relación con el perfil de la necesidad)	✓		
30	Licencia de Conducción y RUNT sin multas de tránsito (Paramédicos, Auxiliares Vacunación y Profesionales con Rodamiento).			
	DOCUMENTACIÓN ADICIONAL POR PERFIL			
31	Humanización (Todos los Asistenciales Administrativos y de Salud).	X		
32	Competencia en Atención al Usuario (Todos los Asistenciales Administrativos y de Salud)	X		
33	Autorización Para Ejercer Profesión – RETHUS Actualizado (Médicos, Enfermeras, Aux. Enfermería, Odontología, Bacteriólogo, Nutricion, Psicólogo, etc.)	X		
34	Acreditación del Servicio Social Obligatorio (Bacteriología, Enfermería, Medicina, Odontología, etc.) - Copia Simple.	X		
35	Competencia en Soporte Vital Avanzado (Médico, Enfermeros Profesionales, auxiliares de enfermería de urgencias y hospitalización)			X
36	Competencia en Soporte Vital Básico (Médico, Enfermeros Profesionales, auxiliares de enfermería)			X
37	Competencia en AIEPI Clínico (Médico, Enfermeras Profesionales, pediatra)			X
38	Atención a Personas Víctimas de Ataques con Agentes Químicos. (Paramédicos, Médicos, Enfermeras, auxiliares de enfermería, psicólogo, nutrición)	X		
39	Competencias Esenciales Para el Cuidado del Donante Expedida por el INS (Médicos)			X
40	Atención a Población Víctima del Conflicto Armado (Médico, Enfermera, Aux enfermería, Odontólogo, Bacteriólogo, Nutricionista, Psicólogo)	X		
41	Interrupción Voluntaria del Embarazo (Médicos, Enfermera, y Psicólogo, ginecología.)			X
42	Curso Atención a Víctimas de Violencia Sexual (Médico, Enfermeras, Aux Enfermería, Odontólogo, Bacteriólogo, Nutrición, Psicólogo, especialistas).	X		
43	Asesoría Pre y Post VIH (Médico, Enfermera, Psicólogo)			X
44	Atención del Parto (Médico, ginecología)			X
45	Gestión del Duelo (Médico, Enfermera, psicología)			X
46	Medición automática de la tensión arterial OPS (Médicos, Enfermera, Aux Enfermería)			X
47	Curso manejo integral del dengue OPS (Médico, Enfermera, Aux Enfermería, Bacterióloga)			X
48	Competencia en Administración de Inmunobiológicos PAI (Auxiliares de Vacunación, Coordinadora, PAI)			X
49	Competencia AIEPI Comunitario (Personal Asistencial de Actividades Extramurales) (Programas)			X
50	Competencia en Toma de Muestras de Labor Clínico (Personal de Enfermería y de Laboratorio)			X
51	Curso de Primeros Auxilios (Conductores y Paramédicos)			X
52	Carnet de Radio Protección (Radiólogo y Tecnólogo Radiología)			X
53	Mecánica básica (conductores)			X
54	Manejo defensivo (conductores)			X
55	Manejo de residuos hospitalarios (servicios generales)			X
56	Curso de facturación en salud (facturadoras, radicación, glosas)			
57	**Constancia de Idoneidad, Experiencia Requerida y Relacionada. (Verificación de Talento Humano, SG-SST, Calidad).**			
58	**Formato inducción y reinducción (nomina)**			
59	**Formato evaluación inducción y reinducción (nomina)**			

NOMBRE DE QUIEN VERIFICA Anghy Martinez

Castilla La Nueva - Meta, el 04 de septiembre de 2026

Rdo Sandra Garcia
4/9/2026

Dra.:
SANDRA MAGNOLIA GARCIA CHAVARRO
Director Administrativo
Hospital de Castilla la Nueva E.S.E.

Ref. **PROPUESTA PARA PROCESO DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS 2026-332**

Cordial saludo,
YEIDY ZHARITH BUSTOS VEGA, quien se identifica con 1.121.824.168 de Villavicencio - Meta, está interesado en enviar una PROPUESTA para un Contrato de Prestación de Servicios, cuyo objeto ***"PRESTACION DE SERVICIOS TECNOLOGICOS EN REGENCIA DE FARMACIA EN EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E."*** de acuerdo a los requerimientos y calidades establecidas por la entidad.

1. **LOS TÉRMINOS EN LOS CUALES SE DESARROLLARÁ EL CONTRATO SON LOS SIGUIENTES:**

1.1. PLAZO DE EJECUCIÓN: El plazo de ejecución será de **TRES (3) MESES**, contados a partir de la fecha de suscripción del Acta de Inicio por parte del SUPERVISOR y EL CONTRATISTA, previo el cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y legalización del contrato.

1.2. VALOR TOTAL DEL CONTRATO: Una vez analizada las condiciones contractuales en cuanto el Objeto contractual, las obligaciones generales y específicas, y por esto, la cantidad de tiempo físico que me tomará brindarle mis servicios al HOSPITAL para suplir la necesidad, establezco como valor por la prestación de mis servicios la suma de: **SIETE MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($7.950.000) M/CTE.**

1.3. FORMA DE PAGO: El HOSPITAL girará los recursos objeto del CONTRATO, así:

El Hospital de Castilla La Nueva E.S.E cancelará el valor del contrato de la siguiente manera: En mensualidades vencidas, iguales y sucesivas por valor de **DOS MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($2,650,000) M/CTE.**, y/o proporcional por fracción de tiempo ejecutado, siempre y cuando se cumpla con el objeto del contrato, previa presentación del informe de actividades desarrolladas, la respectiva factura de venta y/o cuenta de cobro, certificación de pago de aportes al SGSSS y aportes parafiscales, y la certificación de cumplimiento por el supervisor del contrato. **PARÁGRAFO PRIMERO:** El CONTRATISTA deberá acreditar que se encuentra al día en el pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social Integral en Salud, Pensión y riesgos laborales, de conformidad con el parágrafo 1º del artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, y la Ley 1562 de 2012 y el Decreto 723 de 2013. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** A la cuenta se le harán los descuentos de ley y el valor neto obtenido se pagará previos los trámites administrativos establecidos por la entidad. El HOSPITAL efectuará las deducciones a que haya lugar sobre cada pago, de conformidad con lo dispuesto en la legislación vigente sobre la materia. En todo caso, los pagos antes previstos estarán sujetos al Programa Anual de Caja (PAC), de la entidad. Una vez aceptada la cuenta el HOSPITAL cuenta con diez (10) días para el desembolso efectivo. **PARAGRAFO TERCERO:** El pago será cancelado por medio de la Tesorería Hospital, a través de la consignación en cuenta corriente o de ahorros que el contratista señale en una de las entidades financieras afiliadas al sistema automático de pagos y/o cheque de acuerdo a la solicitud por parte del contratista, previos los descuentos de ley. **PARÁGRAFO CUARTO:** EL HOSPITAL, sólo adquiere obligaciones con el proponente

favorecido en el proceso de contratación y bajo ningún motivo o circunstancia aceptará pagos a terceros.
PARÁGRAFO CUARTO: EL HOSPITAL, sólo adquiere obligaciones con el proponente favorecido en el proceso de contratación y bajo ningún motivo o circunstancia aceptará pagos a terceros.

1.4. OBLIGACIONES ESPECÍFICAS A DESARROLLAR POR EL CONTRATISTA:

LA CONTRATISTA será responsable y se obliga a: **1.** Ejercer la dirección técnica del servicio farmacéutico, garantizando el cumplimiento de la normatividad vigente. **2.** Planificar, coordinar y supervisar el talento humano del servicio farmacéutico (incluye turnos). **3.** Supervisar el control de inventarios (stock general, carros de paro y medicamentos de control especial. **4.** Coordinar la adquisición y abastecimiento de medicamentos e insumos, conforme a las necesidades del servicio. **5.** Supervisar los procesos de recepción técnica, almacenamiento y dispensación, garantizando calidad, trazabilidad y seguridad del paciente. **6.** Garantizar el cumplimiento de las condiciones de almacenamiento, incluyendo cadena de frío, temperatura, humedad, FIFO, semaforización y control de medicamentos LASA. **7.** Realizar y garantizar el reporte de medicamentos de control especial ante la autoridad competente. **8.** Liderar el programa de farmacovigilancia y tecnovigilancia, incluyendo el reporte al INVIMA. **9.** Supervisar la correcta gestión de medicamentos vencidos, deteriorados o en cuarentena, conforme al PGIRASA. **10.** Supervisar los procesos de facturación y registro de medicamentos, garantizando trazabilidad en el sistema institucional. **11.** Participar en el Comité de Farmacia y Terapéutica y promover el uso racional de medicamentos. **12.** El Contratista, en ejercicio de su autonomía técnica, administrativa y operativa, organizará y ejecutará la prestación del servicio de manera independiente, garantizando el cumplimiento de las obligaciones contractuales y la adecuada cobertura del servicio. Para efectos de coordinación con el HOSPITAL, la ejecución de las actividades se desarrollará preferentemente dentro de lo acordado en el cuadro de turnos concertado entre las partes atendiendo los requerimientos y necesidades del servicio. **13.** Presentar informes periódicos de gestión, con información veraz y verificable. **14.** Cumplir con los lineamientos de calidad, seguridad del paciente y sistemas de gestión institucional. **15.** Las demás obligaciones inherentes al objeto contractual

2. ANEXOS:

Para la presentación de la respectiva cotización anexo la siguiente información que fue requerida:

1. Hoja de vida según formato del Hospital.

Cordialmente,

YEIDY ZHARITH BUSTOS VEGA
C.C. No. 1.121.824.168 de Villavicencio - Meta
Dirección: mz B csa 7 brr Nuevo Milenio, Castilla La Nueva - Meta
Teléfono: 322 308 23 50
Email: zharithbustos1609@gmail.com

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
Bustos	Vega	Yeidy Zharith

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1121824168	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 16 MES 09 AÑO 2004	mz b cs 7 brr nuevo milenio			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	META
DEPTO	META	MUNICIPIO	SAN CARLOS DE GUAROA		
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO	TELÉFONO	3223082350	EMAIL	zharithbustos1609@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	2020
										X				

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	6	X		TECNOLOGIA EN REGENCIA DE FARMACIA	05	2024	

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)

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 VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA				*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* CASTILLA LA NUEVA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	06	*Mes*	01	*Año*	2026	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL REGENTE DE FARMACIA	*DEPENDENCIA* SERVICIO FARMACEUTICO						*DIRECCIÓN* CARRERA 8 null null #14349-14-299 a					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL DE SAN CARLOS DE GUAROA				*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* SAN CARLOS DE GUAROA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3223082350	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	03	*Año*	2025	*Día*	02	*Mes*	01	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL REGENTE DE FARMACIA	*DEPENDENCIA* SERVICIO FARMACEUTICO						*DIRECCIÓN* CALLE 5 7 14 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	1	5
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

Zharth Bustos

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.

Castilla la Nueva

Ciudad y fecha

Karol Giraldo Peña

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Función Pública

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2026-01-06 16:43

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
YEIDY	ZHARITH	BUSTOS	VEGA

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1121824168

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	VILLAVICENCIO

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	SAN CARLOS DE GUAROA

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	CASTILLA LA NUEVA

Dirección	["carrera 10 No.4-43 barrio centro"]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2025 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$2.500.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$2.500.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$800.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

[ ]

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

Castilla la Nueva-Meta, a los 09 de 09 de 2026

Señores:
HOSPITAL CASTILLA LA NUEVA E.S.E.
Ciudad.

Manifiesto bajo la gravedad de juramento que entiendo las inhabilidades e incompatibilidad establecidas en la ley y mediante la suscripción del presente formulario SI_____ NO_X_ me encuentro incurso en alguna de las causales de inhabilidad o incompatibilidad para celebrar contratos con su entidad, en relación las siguientes:

FUENTE	INHABILIDAD	SI	NO
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal a)	¿Está inhabilitado para contratar con el estado de conformidad con las causales establecidas en la constitución o la ley?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal b)	¿En los últimos cinco (5) años ha participado en licitaciones o celebrados contratos estando inhabilitado para contratar con el estado?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal c)	¿En los últimos cinco (5) años le han declarado la caducidad de un contrato estatal?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal d)	¿En los últimos cinco (5) años ha sido condenado a la pena accesoria de interdicción de derechos y funciones públicas, o ha sido sancionado disciplinariamente con destitución?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal e)	¿En los últimos cinco (5) años ha dejado de suscribir –sin justa causa- un contrato estatal que le hubiere sido adjudicado?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal f)	¿Es servidor público?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal g)	Para el presente proceso ha presentado o estima presentar propuesta su cónyuge o compañero permanente, un pariente hasta el segundo grado de consanguinidad, ¿o segundo de afinidad?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal h)	¿Tiene su representante legal o alguno de sus socios (salvo en las sociedades anónimas abiertas) vínculos de parentesco hasta el segundo grado de consanguinidad, o segundo de afinidad con el representante legal o los socios de otra sociedad que haya presentado o estime presentar propuesta para el presente proceso?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal i)	• ¿Ha sido socio de alguna persona jurídica a la que le haya sido declarada la caducidad en los últimos cinco (5) años? • ¿La persona jurídica tiene algún socio que anteriormente haya sido socio de otra persona jurídica a la que le fuera declarada la caducidad en los últimos cinco (5) años?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal j) modificado por el artículo 31 de la Ley 1178 de 2016.	• ¿Ha sido declarado usted responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la administración pública, o por delitos o faltas contempladas en la Ley 1474 de 2011, o por cualquiera de las conductas delictivas contempladas por las convenciones o tratados de lucha contra la corrupción suscritos y ratificados por Colombia?		X

	• ¿En el caso de personas jurídicas (incluidas matrices y subordinadas – salvo anónimas abiertas) lo han sido sus administradores, representantes legales, miembros de junta directiva o de socios controlantes? • ¿La persona jurídica ha sido declarada responsable administrativamente por la conducta de soborno transnacional?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal k) modificado por el artículo 33 de la Ley 1178 de 2016.	Persona natural: Financió usted o sus parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad, o primero civil la campaña del actual alcalde municipal, con aportes superiores al dos por ciento (2.0%) de las sumas máximas a invertir? Persona jurídica: Financió usted o su representante legal, los miembros de junta directiva o cualquiera de sus socios controlantes, directamente o por interpuesta persona la campaña del actual alcalde municipal, con aportes superiores al dos por ciento (2.0%) de las sumas máximas a invertir? **No aplica para servicios profesionales.**		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 2° literal a)	¿Fue servidor público de esta entidad desempeñando funciones en los niveles directivo o asesor en el último año?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 2° literal b)	¿Tiene vinculo de parentesco hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, con algún funcionario de esta entidad que se desempeñe en los niveles directivo o asesor, o de quien ejerza control interno o fiscal de la misma?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 2° literal c)	¿Es cónyuge o compañero permanente de algún funcionario de esta entidad que se desempeñe en los niveles directivo o asesor, o de quien ejerza funciones de control interno o control fiscal de la misma?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 2° literal d)	• ¿Dentro de la persona jurídica tiene participación u ocupa cargos de dirección o manejo algún funcionario de esta entidad que se desempeñe en los niveles directivo o asesor? • ¿O que sea cónyuge o compañero permanente o pariente hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o civil de dicho funcionario?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 2° literal f) adicionado por el artículo 4° de la Ley 1474 de 2011.	• Usted o las personas a través de las cuales prestará el servicio, ocuparon en los últimos dos años un cargo directivo en esta entidad, ¿cuyo sector tenga relación con el objeto del futuro contrato? • Tiene parentesco hasta el primer grado de consanguinidad, primero de afinidad, o primero civil con un ex empleado público, con el que se cumpla las condiciones antes mencionadas? • La sociedad tiene vinculado a cualquier título a un ex empleado público, con el que se cumpla las condiciones antes mencionadas?		X
Inciso tercero, Art. 49 Ley 617 de 2000 modificado por el	• ¿Es cónyuge, compañero permanente, o tiene parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad, o primero civil con el Representante Legal de esta entidad?		X

artículo 1° de la Ley 1148 de 2007, y por la Ley 1296 de 2009	• ¿Tiene vinculado o prevé vincular para la ejecución del respectivo contrato a una persona que tenga tales calidades?		X
Parágrafo 3°Art. 49 Ley 617 de 2000 modificado por el artículo 1° de la Ley 1148 de 2007	• ¿Es cónyuge, compañero permanente, o pariente hasta el segundo grado de consanguinidad, primero de afinidad o único civil de algún concejal del municipio? • ¿Tiene vinculado o prevé vincular para la ejecución del respectivo contrato a una persona que tenga tales calidades?		X
Art. 90 Ley 1474 de 2011	• ¿Ha sido objeto de imposición de multas o declaratorias de incumplimiento? Nota: En caso afirmativo indique el tipo de sanción, la entidad que la impuso y la fecha de imposición		X
OBSERVACIONES:	*"Diligencia esta casilla en caso de que la respuesta a alguna de las preguntas anteriores haya sido afirmativa, o en el evento de que considere pertinente poner de presente a la entidad alguna circunstancia que pudiera incidir en su capacidad para contratar."*		

TENGA EN CUENTA:

.- *Cónyuge:* persona que se encuentra unida a otra mediante matrimonio civil o religioso.
.- *Compañero Permanente:* Es el hombre y mujer que forman parte de la unión marital de hecho, es decir quienes, sin estar casados, hacen una comunidad de vida permanente y singular, en los términos de la Ley 54 de 1990.
.- *Parentesco por consanguinidad:* Es la relación o conexión que existe entre las personas que descienden de un mismo tronco o raíz o que están unidas por los vínculos de la sangre.
.- *Parentesco por afinidad:* Es el que existe con los familiares consanguíneos de su respectivo cónyuge o compañero permanente.
.- *Parentesco Civil:* Es el que resulta de la adopción, mediante la cual la ley estima que el adoptante, su mujer y el adoptivo se encuentran entre sí, respectivamente, en las relaciones de padre, de madre, de hijo. Este parentesco no pasa de las respectivas personas.
.- *Parentesco hasta primer grado de consanguinidad:* papá, hijo,
.- *Parentesco hasta primer grado de afinidad:* papá, hijo, de su cónyuge o compañero permanente.
:- *Parentesco hasta segundo grado de consanguinidad:* papá, abuelo, hijo, nieto, hermano
.- *Parentesco hasta segundo grado de afinidad:* papá, abuelo, hijo, nieto, hermano de su cónyuge o compañero permanente.
.- *Parentesco hasta cuarto grado de consanguinidad:* papá, abuelo, bisabuelo, tatarabuelo, Hijo, nieto, bisnieto, tataranieto, Hermano, tíos, sobrinos, primo hermano, tío abuelo, sobrino nieto.
.- *Parentesco primero o único civil:* El que existe entre el hijo y los padres adoptantes.

Firma, Yharth Bastos
Nombre: Yeidy Yharth Bastos Vega
Cédula: 1121824168



CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.121.824.168

Apellidos
BUSTOS VEGA

Nombres
YEIDY ZHARITH

Nacionalidad
COL

Estatura
1.58

Sexo
F

Fecha de nacimiento
16 SEPT 2004

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
VILLAVICENCIO (META)

Fecha y lugar de expedición
22 NOV 2022, VILLAVICENCIO

Fecha de expiración
30 NOV 2032

Firma
Zharith Bustos



.CO

009034934

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL009034934852001<<<<<<<<<<<
0409164F3211304COL1121824168<2
BUSTOS<VEGA<<YEIDY<ZHARITH<<<<

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141233992931

(415)7707212489984(8020) 000014123399293 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 1 2 1 8 2 4 1 6 8	5	Impuestos y Aduanas de Villavicencio	2 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 1 2 1 8 2 4 1 6 8	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Meta 5 0	San Carlos de Guaroa 6 8 0

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
BUSTOS	VEGA	YEIDY	ZHARITH

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Meta 5 0	San Carlos de Guaroa 6 8 0

41. Dirección principal: MZ B CA 7 BRR Nuevo milenio

42. Correo electrónico: zharithbustos1609@gmail.com

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

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 2 2 4	7 7 3 0	2 0 2 5 0 8 0 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 5																									

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

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 2026-07-22 / 11:30:24AM

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 BUSTOS VEGA YEIDY ZHARITH

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 62515f1b-ff5c-4282-af03-e2ca4f7a6ce9

Nombres y apellidos / Full name: **YEIDY ZHARITH BUSTOS VEGA**

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

Número de identificación / ID Number: **1 1 2 1 8 2 4 1 6 8**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **16/09/2004**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3223082350**

Correo electrónico / e-mail: **notiene@gmail.com**

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination: Dia / 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	04	04	2014		J005798	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE SAN CARLOS DE GUAROA	
VPH	Segunda	24	10	2014		J005798	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE SAN CARLOS DE GUAROA	
COVID PFIZER	Primera	09	09	2021	PFIZER	FF8849	CENTRO DE SALUD ESPERANZA	ADRIANA FRANCISCO ROMERO CLAVIJO
COVID PFIZER	Segunda	16	10	2021	PFIZER	FH8024	CENTRO DE SALUD ESPERANZA	LEIDI MILENA FUENTES VIGOYA
COVID PFIZER	Primer Refuerzo	22	04	2022	PFIZER	ACC5853	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE SAN CARLOS DE GUAROA	HELENA ARAGON CHAMBO
TD Adulto	Segunda	16	08	2023	Serum	2332L004B	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE SAN CARLOS DE GUAROA	MARIA GUADALUPE MONGE GALINDO
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	20	09	2023	BUTANTAN	230047	VIRREY SOLIS IPS S.A TORRE 33	JHONATAN BELLO
COVID MODERNA BIVALENTE	Adicional	21	02	2024	Catalent Indiana	010B23-2A	CENTRO DE ATENCION RESTREPO	JENNIFER ALEXANDRA VERA CISNEROS
Fiebre Amarilla	Única	16	05	2025	Fabricante	24F0617	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE SAN CARLOS DE GUAROA	MARIA GUADALUPE MONGE GALINDO - CC1006838726 - ACTIVO
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	16	05	2025	GC BIOPHARMA CORP	V50525002	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE SAN CARLOS DE GUAROA	MARIA GUADALUPE MONGE GALINDO - CC1006838726 - ACTIVO
Sarampión Rubéola	Adicional	19	12	2025	Serum	0095N001A	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE SAN CARLOS DE GUAROA	MARIA GUADALUPE MONGE GALINDO - CC1006838726 - ACTIVO
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	21	05	2026	GC BIOPHARMA CORP	V50526002	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	GISELA YALIXSA CADAVID MENESES - CC1092914227 - ACTIVO

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.

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única	16-04-05		Provensalud Farmacia Buccon.
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2	16-8-23	233200048 Serum	CENTRO DE VACUNACIÓN PROTEGER Cortes
	3	1-11-23	220900171	VACUNA APLICADA PROTEGER
	4	1-3-24		
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1	4-9-14	J005798 Gardasil	Mabe.
	2	24 x 14	J005798 Gardasil	Mabe.

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1	21-09-23	BIOTECNOL Z364HBVGC	CENTRO DE VACUNACIÓN PROTEGER Nombre vacunador VACUNA APLICADA PROTEGER
	2	1-11-23	Z364HBVGC	
	3	1-03-24		
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	20/9/23	230047	Marcile Gmg.
Otras				

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

Consérvelo

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

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Yeidy Zharith

Apellidos: Bustos Vega

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1121824168

Fecha de nacimiento: Día 16 Mes 09 Año 2004

CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL

Carrera 37 No. 36 - 29 B. Barzal ipssanjosecalidadvillavicencio@gmail.com Cel: 3003020495
Resolución 1843 de 2025

901502947-1

EMPRESA:				TIPO DE EXAMEN	
NIT:				ADMISION	X
CIUDAD:	VILLAVICENCIO	DPTO	META	PERIODICO	
				RETIRO	
FECHA:	2/01/2026			POST-INC	

DATOS PERSONALES

NOMBRES Y APELLIDOS:	YEIDY ZHARITH BUSTOS VEGA		
CC TI CE No.	1.121.824.168	CARGO:	TECNOLOGIA EN REGENCIA DE FARMACIA
EDAD	21		
GRUPO SANGUINEO:	O+		
EPS:	SALUD TOTAL		
DIRECCION:	SAN CARLOS DE GUAROA		
TELEFONO	3223082350		



PRUEBAS PARACLINICAS

AUDIOMETRIA	NORMAL
OPTOMETRIA	NORMAL

LABORATORIOS

OBSERVACIONES

CONCEPTO MEDICO LABORAL

EXAMEN DE INGRESO	
X	Cumple con los requisitos necesarios para el perfil del cargo
	Presenta Condiciones de Salud que no disminuyen su capacidad laboral
	Aplazado por Presentar Patologia que requiere ser tratada para su correccion
	No cumple con los Requisitos del Cargo

EXAMEN OSTEOMUSCULAR Y VASCULAR	X
APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS	

EXAMEN PERIODICO	
	Satisfactorio
	Signos y sintomas de enfermedad general valorar por la EPS
	Se deben reasignar funciones, reubicar, analizar puesto de trabajo
	Signos de enfermedad Profesional que deeben ser valorados por la EPS/ARL

APTO PARA ESPACIOS CONFINADOS	
APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS	

EXAMEN DE RETIRO	
	Satisfactorio
	Patologia de Origen comun debe ser valorado por EPS
	Secuelas de accidente de trabajo
	Signos de enfermedad Profesional - Valorar EPS

APTO PARA MANIPULAR CARGAS	
REQUIERE SER REUBICADO	

RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

USO DE CORRECTOR OPTICO

SEGÚN IMC		MANEJO EPS / ARL	
Dieta		Control PYP por EPS	
Ejercicio Regular	X	Remision a EPS	
Valoración por Nutrición	X	Remision a ARL	
Descartar Alteración Metabolica		Realizar examenes complementarios	
		Continuar manejo medico	

RECOMENDACIONES		INCLUIR EN SVE	
Control Ocupacional	X	AUDITIVO	
Higiene Postural	X	VISUAL	
Uso de EPP Apropiados	X	RESPIRATORIO	
Ayudas Ergonomicas		ERGONOMICO	
Evaluacion Pto Trabajo		QUIMICO	
Medidas Anti Varices		CARDIO VASC	

Entiendo que la información contenida en el presente informe es confidencial y será anexada a mi historia clínica ocupacional. Se me ha explicado y he comprendido los resultados de los diferentes exámenes, sus causas ocupacionales y extraocupacionales y sus consecuencias. Me comprometo a cumplir las recomendaciones y restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos medicos expresados y de su contenido en constancia firma.

Hernán E. Medina C.
MEDICO CIRUJANO GENERAL
Especialista en Salud Ocupacional
R.M. 805 /2007 - Res. 7953 /2022

FIRMA DEL MEDICO

Zharith Bustos

FIRMA DEL TRABAJADOR

VERIFIQUE AUTENTICIDAD DE ESTE CONCEPTO EN EL CORREO: ipssanjosecalidadvillavicencio@gmail.com

* DOCUMENTO PERSONAL E INTRASFERIBLE . CUALQUIER MODIFICACION U FALSIFICACION ACARREARA PROBLEMAS LEGALES

3003020495

Bogotá, Agosto / 18 de 2026

Señor (a): YEIDY ZHARITH BUSTOS VEGA
CC. 1121824168
NUEVO MILENIO CA 7 MZ B
VILLAVICENCIO

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 Mayo / 1 de 2019, 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:

YEIDY ZHARITH BUSTOS VEGA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.121.824.168**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 18 de Agosto 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.

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

GRUPO BICENTENARIO

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

Yeidy Zharith Bustos Vega identificado con CC. 1121824168 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

Nombres y/o Razón	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE
Tipo y Numero de Documento	NI - 900004059

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL

Fecha de inicio de cobertura	2026/05/07	**Fecha inicio contrato**	2026/05/07
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/09/06
Riesgo	3	**Código actividad económica**	3861001 - Actividades de hospitales y clinicas, con internacion, comprende las actividades que consisten principalmente en
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	2026/08/06	**Estado del contrato**	Activa

Esta certificación se expide a los 18 días del mes de agosto del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC18082026N1121824168A21321053.** Este código es válido por un mes.

CER_AFI_2026030702756

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

FORMATO COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Yo, Yeidy Zharith Bustos Vega identificado con cédula de ciudadanía No 1121824168 expedida en Villavicencio, en mi condición de PROPONENTE (Representante Legal o Persona Natural), me obligo a cumplir con el objeto del presente documento, por ello, entiendo y acepto las siguientes condiciones, compromisos, derechos y deberes, relacionados con: **PRIMERA - COMPROMISO:** EL PROPONENTE, quien para los efectos del presente documento se denominará PARTE RECEPTORA se obliga a no divulgar a terceras partes, la "Información confidencial", que reciba por parte del HOSPITAL, que para los efectos del presente documento se denominará PARTE REVELADORA, de igual forma, se obliga a darle a dicha información el mismo tratamiento que le darían a la información confidencial de su propiedad. Para efectos del presente compromiso, "Información Confidencial" comprende toda la información divulgada por la PARTE REVELADORA, ya sea en forma oral, visual, escrita, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible y que se encuentre claramente marcada como tal al ser entregada a la parte receptora. **SEGUNDA - OBJETO:** El presente compromiso de confidencialidad y no divulgación de la información, tiene por objeto señalar y especificar las políticas de confidencialidad que debe cumplir LA PARTE RECEPTORA, respecto del acceso, consulta y uso de la información confidencial que produce y administra LA PARTE REVELADORA. Por lo tanto, quien suscribe el presente documento se obliga a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, comunicar, utilizar y/o emplear la información conocida o entregada por la parte reveladora, para fines distintos al cumplimiento del objeto del contrato a celebrar con el HOSPITAL. **TERCERA - CONOCIMIENTO EXCLUSIVO:** La parte receptora se obliga a mantener de manera confidencial la información suministrada de la institución que reciba de la PARTE REVELADORA y no la revelará a terceros, de tratarse de una empresa o comerciante, deberá compartirla únicamente con el equipo de trabajo y asesores que tengan la necesidad de conocer dicha información para los propósitos autorizados, y quienes deberán estar de acuerdo en mantener de manera confidencial dicha información. **CUARTA - USO EXLUSIVO:** La PARTE RECEPTORA se obliga a utilizar la Información confidencial recibida, únicamente para el desarrollo el objeto del contrato suscrito con la PARTE REVELADORA. **QUINTA - RESPECTO A LOS DATOS PERSONALES:** Para el caso del manejo de información que incluya datos personales, la PARTE RECEPTORA dará estricto cumplimiento a las disposiciones constitucionales y legales sobre la protección del derecho fundamental de HABEAS DATA, en particular lo dispuesto en el artículo 15 de la Constitución Política y la ley 1581 de 2012 y las disposiciones internas de la entidad **SEXTA – OBLIGACIÓN DE RESPONDER POR LOS DAÑOS:** En caso de que la PARTE RECEPTORA incumpla parcial o totalmente con las obligaciones establecidas en el presente compromiso éste será responsable de los daños y perjuicios que dicho incumplimiento llegase a ocasionar a la PARTE REVELADORA. **SEPTIMA – CLAÚSULA PENAL:** Independientemente de la cláusula anterior, La PARTE RECEPTORA por el cumplimiento del presente ACUERDO deberá pagar como cláusula penal el valor equivalente a CUATRO (4) SMLMV. PARÁGRAFO: El presente ACUERDO presta mérito ejecutivo por sí mismo, como garantía del cumplimiento o el incumplimiento. **NOVENA – VIGENCIA:** La vigencia del presente compromiso será indefinido y permanecerá vigente mientras exista la información en manos de la PARTE RECEPTORA.

En consecuencia, de lo anterior, el presente compromiso se firma a los Cuatro (04) días del mes de Sep. del 2026.

Zharith Bustos

LA PARTE RECEPTORA (Firma)

Nombre. Yeidy Zharith Bustos Vega

CC No. 1121824168

Nit. No. _____

Empresa _____

LA PARTE REVELADORA (Firma)

MARTHA LUCIA HERRERA RIOS

Gerente del Hospital de Castilla la Nueva E.S.E.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, CONSULTA DE ANTECEDENTES, Y CONSULTA DE INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES

Yo[1] Yeidy Yhanith Buotos Vega quien me identifico con cedula 1121824168 expedida en Villavicencio., por medio del presente y de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015, la Ley 1918 de 2018 y el Decreto 753 de 2019, AUTORIZO libre, expresa e inequívocamente al HOSPITAL, para que realice la consulta, verificación, recolección y tratamiento de mis datos personales, que suministro de manera veraz y completa, los cuales serán utilizados para los diferentes aspectos relacionados con la CONTRATACIÓN de la Entidad.

Igualmente, manifiesto que de conformidad con el artículo 56 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo - Ley 1437 de 2011 modificado por el artículo 10 de la Ley 2080 de 2021, AUTORIZO expresamente al HOSPITAL a remitir notificaciones electrónicas al correo electrónico que se relaciona en el CONTRATO. Por lo anterior, autorizo y acepto recibir notificaciones a través de medios electrónicos.

Respecto a la consulta en el Registro de Inhabilidades por delitos sexuales contra menores de edad, me comprometo a entregar el certificado expedido por la autoridad competente para el conocimiento del contenido, así mismo el HOSPITAL queda plenamente facultado para realizar la consulta en el aplicativo dispuesto para ello.

De igual manera manifiesto que la presente autorización me fue solicitada y puesta de presente antes de entregar mis datos y que la suscribo de forma libre y voluntaria una vez leída en su totalidad.

La presente autorización se expide con fecha 04-09-2026

Firma: Yhanith Buotos

[1] Persona que se identifica al final del escrito y quien actúa en nombre propio o como Representante Legal de una Persona Jurídica

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 301306412

PIB
11:15:57

Bogotá DC, 18 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) YEIDY ZHARITH BUSTOS VEGA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1121824168:

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 martes 18 de agosto de 2026, a las 11:14:28, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1121824168
Código de Verificación	11218241682608181114 28

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 11:17:12 AM horas del 18/08/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1121824168**

Apellidos y Nombres: **BUSTOS VEGA YEIDY ZHARITH**

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 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, 18/08/2026 11:18:59 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1121824168** y Nombre: **YEIDY ZHARITH BUSTOS VEGA.**

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. **145870814** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:20:31 horas del 18/08/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1121824168,** Apellidos y Nombres **BUSTOS VEGA YEIDY ZHARITH**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HOSPITAL CASTILLA LA VUEVA ESE**, con NIT **900004059-7** 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 1121824168 **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 18/08/2026 11:23 AM

Código Verificación: **2FPHN3KV16**

Válida hasta: **16/11/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

CASTILLA LA NUEVA, META, COLOMBIA, **18/08/2026**

A quien interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor YEIDY BUSTOS VEGA** con **Cédula de Ciudadanía** número **1121824168**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550488451225533**
Fecha de apertura	**04/03/2025**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DEPARTAMENTO DEL **META**

NIT 892 000 148-8

RESOLUCIÓN NÚMERO 31851

Por la cual se Registra un Título Profesional

EL SECRETARIO DE SALUD DEL META

En uso de sus facultades y en especial las conferidas en la Ley 1164 de 2007, y

CONSIDERANDO:

Que YEIDY ZHARITH BUSTOS VEGA con cédula de ciudadanía No. 1121824168 expedida en Villavicencio, solicitó el Registro de su título de Tecnóloga en Regencia de Farmacia que le otorgó la Universidad de Los Llanos, según Acta de Grado número 519 del 27 de septiembre de 2024.

Que el diploma se encuentra debidamente registrado por la Universidad de Los Llanos en el folio 138 del Libro 7 del 27 de septiembre de 2024.

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

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a YEIDY ZHARITH BUSTOS VEGA con cédula de ciudadanía No. 1121824168 expedida en Villavicencio, para ejercer la profesión de Tecnóloga en Regencia de Farmacia en el Territorio Nacional.

ARTÍCULO SEGUNDO: Notificar personalmente esta Resolución al interesado, informándole que de conformidad con el artículo 74 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011) contra la misma proceden los recursos y rige a partir de la fecha de ejecución.

NOTÍFIQUESE Y CÚMPLASE

Villavicencio, 18 de noviembre de 2024

JORGE OVIDIO CRUZ ALVAREZ
Secretario de Salud

Revisó: Antonio Alejandro Tiuso Herrera
Gerente de Calidad, Inspección y Vigilancia de los Servicios

Elaboró: Martha Lucía Moreno Baracaldo – Auxiliar Administrativo

Powered by CamScanner

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
Y EN SU NOMBRE

LA UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS

CONFIERE EL TÍTULO DE

TECNÓLOGA EN REGENCIA DE FARMACIA

A

Yeidy Zharith Bustos Vega

C. C. Nº 1121824168 de Villavicencio

QUIEN CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS
EN TESTIMONIO DE ELLO OTORGA EL PRESENTE DIPLOMA

Nº 519

EN LA CIUDAD DE VILLAVICENCIO, A LOS
27 días del mes de septiembre de 2024

Rector

Decano

Secretario General

Registro 3499 Libro 7 Folio 138

El Secretario General

1715º

UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS

ACTA DE GRADO No. 519

EN VILLAVICENCIO, A LOS **27** DÍAS DEL MES DE **SEPTIEMBRE** DE **2024**, EN CEREMONIA PRESIDIDA POR EL RECTOR DE LA UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS Y CONSIDERANDO QUE:

YEIDY ZHARITH BUSTOS VEGA

C.C. No **1121824168** EXPEDIDA EN **VILLAVICENCIO**

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE CON TODOS LOS REQUISITOS EXIGIDOS POR LA UNIVERSIDAD, RESUELVE OTORGAR EL TÍTULO DE:

TECNÓLOGA EN REGENCIA DE FARMACIA

PROGRAMA CON CÓDIGO DEL SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR –SNIES- No. **52912**

PREVIO JURAMENTO DE RIGOR SE HIZO ENTREGA DEL DIPLOMA CORRESPONDIENTE No **519** REGISTRO Nº **3499** EN EL LIBRO DE DIPLOMAS Nº. **7** AL FOLIO **138**

EN TESTIMONIO DE LO ANTERIOR SE FIRMA LA PRESENTE ACTA DE GRADO.

Rector

Secretario General

Decano

La República de Colombia
y en su nombre la

Institución Educativa
Colegio Guillermo Niño Medina

Villavicencio – Meta

Autorizada por la Secretaría de Educación Municipal de Villavicencio, según Resolución No. 2518 del 10 de agosto de 2015.

Confiere a:

Yeidy Zharith Bustos Vega

Identificado(a) con T.I. No. 1.121.824.168 de Acacias – Meta

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado satisfactoriamente los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica; según los planes y programas vigentes.

Lic. Luis Tirso Maestre Hernández
Rector

Inirida Mora Rodríguez
Secretaria

Dado en Villavicencio – Meta, a los 17 días del mes de Diciembre de 2020

Anotado al folio No. 78 Libro de Registro No. 19

"No requiere registro de la Secretaría de Educación, según Decreto 921 del 6 de mayo de 1994 y 2150 del 5 de Diciembre de 1995 de la Presidencia de la República"

Universidad de los Llanos

Facultad de Ciencias de la Salud

Certifican que:

Yeidy Zharith Bustos Vega

Cédula de ciudadanía: 1121824168

Participó y aprobó en calidad de asistente en el:

DIPLOMADO EN EMPRENDIMIENTO Y HERRAMIENTAS GERENCIALES EN EL SECTOR SALUD 2024

Con una intensidad horaria de 120 horas

Del 02 de mayo al 08 de junio del 2024

LUZ MIRYAM TOBON BORRERO
Decana Facultad de Ciencias de la Salud

Se expide a los veinte (20) días del mes de agosto de 2024

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

invima | Te Acompaña

EL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS
Invima

Hace constar que:

Yeidy Zharith Bustos Vega

Con numero de identificación: 1121824168

Participó y completó con éxito el Curso de autoaprendizaje virtual:

Programa Nacional de Tecnovigilancia

Con una intensidad horaria de 30 horas, en el marco del proceso de Educación Sanitaria del Invima, liderado por la Dirección de Dispositivos Médicos y Otras Tecnologías.

Mabel Constanza Barbosa Romero
Directora(E) Técnica de Dispositivos Médicos
y Otras Tecnologías - Invima

Expedido en Bogotá D.C, 05/10/23

jDQqkHfVYk

La autenticidad de este documento puede ser verificada en la página web https://aulavirtual.invima.gov.co, bajo el QR Code y Número de Identificación: 1121824168

MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

invima
Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos

EL INSTITUTO NACIONAL DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS INVIMA

Hace Constar que

Yeidy Zharith Bustos Vega

identificado con el número:1121824168

Participó y completó con éxito el curso de autoaprendizaje: ***"VigiFlow- Programa Nacional de Farmacovigilancia - estándar de codificación MedDRA ", con el propósito de fortalecer las capacidades técnicas de los referentes en la notificación y gestión de los Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y brindar los lineamientos para el ejercicio de la Farmacovigilancia en Colombia.***

65622e73-b55c-435b-aa08-fb2fac100a71

LUIS GUILLERMO RESTREPO VÉLEZ

Director Técnico de Medicamentos y Productos Biológicos

Expedido en Bogotá D. C, el 25 de November de 2023, Intensidad: 20 horas

EL TECNICO ADMINISTRATIVO DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL SAN CARLOS DE GUAROA, ASIGNADA AL AREA DE CONTRATACION

HACE CONSTAR

Que de conformidad con los documentos que reposan en la ESE, se encontró que **YEIDY ZHARITH BUSTOS VEGA** identificada con la Cedula de Ciudadanía N. 1.121.824.168 de Villavicencio; durante la vigencia 2025, celebro con la ESE Hospital Local San Carlos de Guaroa el contrato:

No. CONTRATO Y FECHA	071-2025 03 DE MARZODE 2025
OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO TECNÓLOGO EN REGENCIA DE FARMACIA, PARA EL APOYO EN EL SERVICIO FARMACÉUTICO DE LA ESE HOSPITAL LOCAL DE SAN CARLOS DE GUAROA.
VALOR INICIAL:	$ 7.500.000
ADICION:	$ 3.750.000
VALOR TOTAL:	$ 11.250.000
PLAZO DE EJECUCIÓN	TRES (03) MESES
FECHA INICIO	03 DE MARZO DE 2025
FECHA TERMINACIÓN:	02 DE JUNIO DE 2025
PRORROGA	UN (01) MESES Y QUINCE (15) DIAS
ESTADO DEL CONTRATO:	LIQUIDADO

ACTIVIDADES

1. Custodiar todos los medicamentos, insumos y muebles que reposan en la farmacia.
2. Realizar pedidos de medicamentos, dispositivos médicos, laboratorio y odontología
3. Entregar según la necesidad de los usuarios y demás funcionarios de la ESE, medicamentos a usuarios, de acuerdo a la contratación con las EPS, ARL, Aseguradora, etc.
4. Entregar informe mensual de salidas de dispositivos médicos, laboratorio y odontología (Kardex).
5. Realizar Envió de pedido de medicamentos según solicitud a las diferentes dependencias de urgencias, hospitalización, inspecciones de Surimena, Palmeras y Pajure
6. Realizar recepción técnica para la farmacia de medicamentos, dispositivos médicos, laboratorio y odontología de acuerdo a los protocolos y procedimientos Institucionales
7. Llevar registro diario de temperatura ambiente, humedad y temperatura de la nevera.

Scanned with CamScanner

8. Verificar fechas de vencimiento y aplicación de principios de semaforización.
9. Aplicar las normas, técnicas y procedimientos de Farmacia.
10. Diligenciar y presentar oportunamente los diferentes registros estadísticos y administrativos necesarios para liquidación y elaboración de cuentas de los servicios prestados por la empresa.
11. Conocer y poner en práctica los manuales de procesos y procedimientos de la empresa en la prestación de servicios.
12. Realizar los informes trimestrales a SISMED y dejar constancia de los envíos dentro de los 10 diez primeros días.
13. Entrega de informes mensuales de medicamentos de control especial, ante la Secretaria de Salud.
14. Llevar el registro de medicamentos, material médico quirúrgico, laboratorio y odontológico en el Kardex.
15. Realizar los pedidos oportunamente al Proveedor de acuerdo con el manejo de stock de farmacia.
16. Asistir a las reuniones de capacitación programadas por la empresa.
17. Informar sobre cualquier novedad que se genere en el entorno de las obligaciones contractuales y que afecte el desarrollo normal del mismo
18. Instruir al paciente y a la familia en el proceso de la administración de medicamentos como es dosis, frecuencia, vía, entre otros, a seguir.
19. Cumplir con los requerimientos y apoyar la documentación e implementación del Sistema de Gestión de Calidad.
20. Informar sobre las irregularidades que observe al momento de atención a los pacientes en las distintas áreas asistenciales del Hospital.
21. Dirigir al paciente a las diferentes áreas de atención, de acuerdo al servicio prestado.
22. Colaborar con los compañeros de las distintas áreas asistenciales para una mejor utilización y racionalización del tiempo de servicio.
23. Entregar la información que le sea requerida por cualquier usuario.
24. Dirigir los comités institucionales asignados.
25. Asistir a los comités institucionales y capacitaciones que le sean notificadas.
26. Participar en las contingencias como brigadas, emergencias, epidemias entre otras para dar respuesta inmediata a las necesidades de salud de la población del área de influencia del Hospital.
27. En el evento que por causa del servicios desarrollado, referido a la prestación del servicio realizado, se generen glosas por parte de los entes a los cuales se les presto el servicio, y la misma este sustentada, en ejercicio indebido, incompleto o erróneo de las obligaciones contractuales, la contratista deberá salir al saneamiento de las misma, para lo cual las partes acuerdan que en caso de existir culpa y/o responsabilidad por la contratista por acción u omisión, la misma será descontada de los valores a pagar por concepto de honorarios y a favor de la entidad contratante, en concordancia a lo señalados en clausula especial, respecto a la responsabilidad de las glosas.
28. Demás actividades que le sean asignadas de acuerdo con el objeto del contrato.

Scanned with CamScanner

No. CONTRATO Y FECHA	133-2025 22 DE JULIO DE 2025
OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO TECNÓLOGO EN REGENCIA DE FARMACIA, PARA EL APOYO EN EL SERVICIO FARMACÉUTICO DE LA ESE HOSPITAL LOCAL DE SAN CARLOS DE GUAROA.
VALOR INICIAL:	$ 13.250.000
VALOR TOTAL:	$ 13.250.000
PLAZO DE EJECUCIÓN	CINCO (05) MESES Y NUEVE (09) DÍAS
FECHA INICIO	22 DE JULIO DE 2025
FECHA TERMINACIÓN:	30 DE DICIEMBRE DE 2025
ESTADO DEL CONTRATO:	LIQUIDADO

ACTIVIDADES

1. Custodiar todos los medicamentos, insumos y muebles que reposan en la farmacia.
2. Realizar pedidos de medicamentos, dispositivos médicos, laboratorio y odontología
3. Entregar según la necesidad de los usuarios y demás funcionarios de la ESE, medicamentos a usuarios, de acuerdo a la contratación con las EPS, ARL, Aseguradora, etc.
4. Entregar informe mensual de salidas de dispositivos médicos, laboratorio y odontología (Kardex).
5. Realizar Envió de pedido de medicamentos según solicitud a las diferentes dependencias de urgencias, hospitalización, inspecciones de Surimena, Palmeras y Pajure
6. Realizar recepción técnica para la farmacia de medicamentos, dispositivos médicos, laboratorio y odontología de acuerdo a los protocolos y procedimientos Institucionales
7. Llevar registro diario de temperatura ambiente, humedad y temperatura de la nevera.
8. Verificar fechas de vencimiento y aplicación de principios de semaforización.
9. Aplicar las normas, técnicas y procedimientos de Farmacia.
10. Diligenciar y presentar oportunamente los diferentes registros estadísticos y administrativos necesarios para liquidación y elaboración de cuentas de los servicios prestados por la empresa.
11. Conocer y poner en práctica los manuales de procesos y procedimientos de la empresa en la prestación de servicios.
12. Realizar los informes trimestrales a SISMED y dejar constancia de los envíos dentro de los 10 diez primeros días.
13. Entrega de informes mensuales de medicamentos de control especial, ante la Secretaria de Salud.
14. Llevar el registro de medicamentos, material médico quirúrgico, laboratorio y odontológico en el Kardex.
15. Realizar los pedidos oportunamente al Proveedor de acuerdo con el manejo de stock de farmacia.
16. Asistir a las reuniones de capacitación programadas por la empresa.

Scanned with CamScanner

17. Informar sobre cualquier novedad que se genere en el entorno de las obligaciones contractuales y que afecte el desarrollo normal del mismo
18. Instruir al paciente y a la familia en el proceso de la administración de medicamentos como es dosis, frecuencia, vía, entre otros, a seguir.
19. Cumplir con los requerimientos y apoyar la documentación e implementación del Sistema de Gestión de Calidad.
20. Informar sobre las irregularidades que observe al momento de atención a los pacientes en las distintas áreas asistenciales del Hospital.
21. Dirigir al paciente a las diferentes áreas de atención, de acuerdo al servicio prestado.
22. Colaborar con los compañeros de las distintas áreas asistenciales para una mejor utilización y racionalización del tiempo de servicio.
23. Entregar la información que le sea requerida por cualquier usuario.
24. Dirigir los comités institucionales asignados.
25. Asistir a los comités institucionales y capacitaciones que le sean notificadas.
26. Participar en las contingencias como brigadas, emergencias, epidemias entre otras para dar respuesta inmediata a las necesidades de salud de la población del área de influencia del Hospital.
27. En el evento que por causa del servicios desarrollado, referido a la prestación del servicio realizado, se generen glosas por parte de los entes a los cuales se les presto el servicio, y la misma este sustentada, en ejercicio indebido, incompleto o erróneo de las obligaciones contractuales, la contratista deberá salir al saneamiento de las misma, para lo cual las partes acuerdan que en caso de existir culpa y/o responsabilidad por la contratista por acción u omisión, la misma será descontada de los valores a pagar por concepto de honorarios y a favor de la entidad contratante, en concordancia a lo señalados en clausula especial, respecto a la responsabilidad de las glosas.
28. Demás actividades que le sean asignadas de acuerdo con el objeto del contrato.

La Presente se expide a solicitud del interesado en el municipio de San Carlos de Guaroa - Meta, a los cinco (05) días del mes de enero de 2026.

ADRIANA PINEDA RODRIGUEZ
Técnico Administrativo
Con funciones de contratación

Elaboro Adriana Pineda R
Técnico Administrativo

Scanned with CamScanner

LIFECARE
SERVICE

Comprometidos con sus necesidades

429

HACE CONSTAR QUE:

YEIDY ZHARITH BUSTOS VEGA

C.C. 1.121.824.168 DE VILLAVICENCIO (META).

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES CON EL CURSO TALLER DE

HUMANIZACION EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Realizado los días 03 Y 04 de MARZO del 2025, con una intensidad de 20 horas.
CERTIFICACIÓN VIGENTE HASTA EL DÍA 04 DE MARZO DEL 2027.

DADO EN SAN CARLOS DE GUAROA (META), A LOS 04 DÍAS DEL MES DE MARZO DEL 2025

CESAR GERMÁN CASTAÑEDA
GERENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.

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 *: 1121824168

Primer Nombre: yeidy

Primer Apellido: bustos

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

5865

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2026-08-19→4:11:17 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1121824168	YEIDY	ZHARITH	BUSTOS	VEGA	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) YEIDY ZHARITH BUSTOS VEGA identificado(a) con CC 1121824168 registra La siguiente información:

2026-08-19→4:11:17 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
TEC	Local	TECNOLOGIA EN REGENCIA DE FARMACIA	2024-11-18	31851	GOBERNACION DEL META

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

SISPRO

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

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

Contacto

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

Libertad y orden
RÉPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento del Decreto 1072 de 2015
otorga
Certificado de Competencia Laboral a

YEIDY ZHARITH BUSTOS VEGA

Con CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 1121824168

Quien demostró su Competencia Laboral en la
Norma

Orientar personas según características poblacionales y normativa de salud - NIVEL AVANZADO

Código: 230101266 - Versión: 2

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en VILLAVICENCIO. A los dieciseis (16) días del mes de Julio de dos mil veintiseis (2026)

Firmado Digitalmente por

2820642 - 16/07/2026
No Y FECHA REGISTRO

GENY ASTRID LEON CURREA
Subdirectora (E) CENTRO DE INDUSTRIA Y SERVICIOS DEL META
REGIONAL META

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 953200230101266262CC1121824168C.

LIFECARE
SERVICE

Comprometidos con sus necesidades

420

HACE CONSTAR QUE:

YEIDY ZHARITH BUSTOS VEGA

C.C. 1.121.824.168 DE VILLAVICENCIO (META).

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES CON EL CURSO TALLER DE

ATENCIÓN AL USUARIO (SIAU)

Realizado los días 22 Y 23 de ABRIL del 2026, con una intensidad de 20 horas.
CERTIFICACIÓN VIGENTE HASTA EL DÍA 23 DE ABRIL DEL 2028.

DADO EN CASTILLA LA NUEVA (META), A LOS 23 DÍAS DEL MES DE ABRIL DEL 2025

CESAR GERMÁN CASTAÑEDA
GERENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.

LIFECARE
SERVICE

Comprometidos con sus necesidades

1345

HACE CONSTAR QUE:

YEIDY ZHARITH BUSTOS VEGA

C.C. 1.121.824.168 DE VILLAVICENCIO (META).

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES CON EL CURSO TALLER DE

ATENCION A VICTIMAS POR ATAQUE CON AGENTES QUIMICOS

Realizado los días 05 Y 06 de MARZO del 2025, con una intensidad de 20 horas.
CERTIFICACIÓN VIGENTE HASTA EL DÍA 06 DE MARZO DEL 2027.

DADO EN SAN CARLOS DE GUAROA (META), A LOS 06 DÍAS DEL MES DE MARZO DE 2025

CESAR GERMÁN CASTAÑEDA
GERENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.

LIFECARE
SERVICE

Comprometidos con sus necesidades

110

HACE CONSTAR QUE:

YEIDY ZHARITH BUSTOS VEGA

C.C. 1.121.824.168 DE VILLAVICENCIO (META).

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES CON EL CURSO TALLER DE

VICTÍMAS DEL CONFLICTO ARMADO

Realizado los días 02 Y 03 al de DICIEMBRE del 2025, con una intensidad de 20 horas.
CERTIFICACIÓN VIGENTE HASTA EL DÍA 03 DE DICIEMBRE DE 2027.

DADO EN SAN CARLOS DE GUAROA (META), A LOS 03 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 2025

CESAR GERMÁN CASTAÑEDA
GERENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.

LIFECARE
SERVICE

Comprometidos con sus necesidades

429

HACE CONSTAR QUE:

YEIDY ZHARITH BUSTOS VEGA

C.C. 1.121.824.168 DE VILLAVICENCIO (META).

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES CON EL CURSO TALLER DE

ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Realizado los días 02 Y 03 de DICIEMBRE deL 2025, con una intensidad de 20 horas.
CERTIFICACIÓN VIGENTE HASTA EL DÍA 03 DE DICIEMBRE DEL 2027.

DADO EN SAN CARLOS DE GUAROA (META), A LOS 03 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL 2025

CESAR GERMÁN CASTAÑEDA
GERENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.

CONSTANCIA DE IDONEIDAD PARA TALENTO HUMANO EN SALUD

EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E.,

CONSIDERANDO:

Que, el Decreto 1082 de 2015 reglamentario del Estatuto General de Contratación de la Administración Pública, en su artículo 2.2.1.2.1.4.9, faculta contratar con una sola oferta bajo la modalidad de **CONTRATACIÓN DIRECTA**. En este mismo sentido, el Estatuto Interno de Contratación de la entidad, en sus artículos 18 y 19 señala las razones para contratar mínimo con una sola propuesta.

Que, las normas citadas con anterioridad, exhortan a la entidad para verificar **LA IDONEIDAD Y LA EXPERIENCIA REQUERIDA Y RELACIONADA**, acorde con los requisitos exigidos en el Estudio Previo, el perfil profesional y la función a desarrollar en el área de ocupación.

HACE CONSTAR:

Que, revisada la **HOJA DE VIDA** dada por Yeidy Zhaith Bustos Vega, con CC No. 1121824168 de Villavicencio - Meta se acredita la idoneidad y la experiencia requerida y relacionada, según el Estudio Previo, el perfil profesional y la función a desarrollar en el área de ocupación, para poder cumplir con el proceso No 2026-332

Verificado por:

YULY VIVIANA MORA GARCIA
Técnico Administrativo del SG-SST
Verificó Sistema de Seguridad Social y Ocupacional

KAROL MILENA GIRALDO PEÑA
Profesional – Talento Humano Subg. A.F.
Verificó Idoneidad por Perfil Profesional SIGEP II

Carolina Camargo
Jefe Enfermeria
Reg. N° 50-14580
Universidad de los Llanos

DEISSY CAROLINA CAMARGO VEGA
Profesional de Planeación, Calidad y Desarrollo
Verificó Idoneidad por Perfil Área Asistencial

CAMILA HERNANDEZ RUIZ
Profesional Contratación
Contratista