FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

Hospital local vito fajardo gutierrez rodriguez

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
MONROY	MENESES	VALENTINA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1005777660	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 28 MES 07 AÑO 2000	DIAGONAL 10N N SUR 5N 10 NORTE Diagonal 5 # 10-11 Barrio Pueblo Nuevo			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	TOLIMA
DEPTO	TOLIMA	MUNICIPIO	VALLE DE SAN JUAN		
MUNICIPIO	HONDA	TELÉFONO	3144834427	EMAIL	valen28monroy@hotmail.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	2016

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	3	X		TECNICA PROFESIONAL EN ENFERMERIA	11	2018	

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 ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA - VALLE DE SAN JUAN			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* VALLE DE SAN JUAN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3212166875	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	22	*Mes*	06	*Año*	2026	*Día*	06	*Mes*	10	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE SIAU	*DEPENDENCIA* AUXILIAR DE ENFERMERIA						*DIRECCIÓN* Dirección: Calle 4 No. 4-05 Barrio Centro					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA - VALLE DE SAN JUAN			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* VALLE DE SAN JUAN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3212166875	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	09	*Mes*	02	*Año*	2026	*Día*	16	*Mes*	03	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE SIAU	*DEPENDENCIA* AUXILIAR DE ENFERMERIA						*DIRECCIÓN* Dirección: Calle 4 No. 4-05 Barrio Centro					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA - VALLE DE SAN JUAN			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* VALLE DE SAN JUAN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3212166875	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	08	*Mes*	01	*Año* 2026	*Día*	31	*Mes*	01	*Año*	2026	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE SIAU	*DEPENDENCIA* AUXILIAR SIAU					*DIRECCIÓN* Calle 4 No. 4-05 Barrio Centro						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA - VALLE DE SAN JUAN			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* VALLE DE SAN JUAN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3212166875	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	03	*Mes*	07	*Año* 2025	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL (AUXILIAR ATENCION AL USUARIO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO					*DIRECCIÓN* CALLE 4V 4V null						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA - VALLE DE SAN JUAN			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* VALLE DE SAN JUAN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3212166875	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	24	*Mes*	01	*Año* 2025	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1347 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO (ATENCIÒN AL USUARIO)					*DIRECCIÓN* Cra. 4 No. 5 - 20 Barrio Centr						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA - VALLE DE SAN JUAN			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* VALLE DE SAN JUAN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3212303869	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	01	*Año* 2024	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXLIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AUXILIAR ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* CALLE 4 4N 5 calle 4ta 4-05 barrio centro						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD MEDILIFE IBAGUÈ IPS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* IBAGUÉ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3017738566	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	08	*Año* 2022	*Día*	24	*Mes*	04	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 143- AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AUXILIAR DE ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* CALLE 99 19N 7 NORTE calle 19 N 7-99 B/ Interlaken						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ASOCIACION DE SERVICIOS BASICOS EN SALUD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* VALLE DE SAN JUAN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3214785068	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	21	*Mes*	01	*Año*	2019	*Día*	07	*Mes*	05	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL AGENTE SOCIAL	*DEPENDENCIA* APOYO A AUXILIAR DE ENFERMERIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 16N N SUR 36N 96 SUR					

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	2	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	8
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO __ 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

SmerchzPain

Clinicas con tecnologias
para el tratamiento del dolor

MEDILIFE IPS S.A.S
SALUD SIN DOLOR
https://www.saludsindolor.com/

CERTIFICACIÓN LABORAL

Certifico que la señora **VALENTINA MONROY MENESES** identificada con la cédula de ciudadanía **No. 1.005.777.660 laboró** en nuestra empresa **MEDILIFE IPS SAS** identificada con **Nit. 901242834-2**, desde el **01 agosto 2022** hasta el **24 de abril 2023**, con un contrato a término fijo, desempeñando el cargo de **AUXILIAR DE ENFERNERÍA.**

Que, desde la vinculación con la entidad la señora **VALENTINA MONROY MENESES** desempeño sus funciones siguiendo las directrices en conformidad al Manual de funciones y responsabilidades laborales vigentes para la compañía.

La presente certificación se expide en la ciudad de Bogotá, el once **(11) de mayo de 2023.**

EDWIN ALBERTO GONZALEZ HERNANDEZ
Director Administrativo
administrativa@smerchz.com
Medilife IPS SAS
NIT. 900.532.472-0

Vincular Salud

A QUIEN INTERESE

LA SUSCRITA GERENTE DE LA COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO VINCULAR SALUD

NIT 900.607.535-1

CERTIFICA

Que **VALENTINA MONROY MENESES**, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.005.777.660 expedida en Ibague, en calidad de trabajadora de la Cooperativa VINCULAR SALUD, en la Agencia del Municipio de Valle de San Juan, Departamento del **TOLIMA** , ocupando el puesto de trabajo de **AGENTE SOCIAL**, desde los veintiún (21) días del mes de enero del año del año 2019, hasta los siete (07) días del mes de mayo del año 2019, bajo la modalidad de contrato de trabajo de duración determinada por labor contratada, recibiendo salario mensual de Ochocientos Veintiocho Mil Ciento Dieciséis Pesos M/CTE ($ 828.116).-

Se expide la presente, en la ciudad de Bogotá D.C a solicitud de los interesados a los nueve (09) días del mes de abril del 2019.-

Vincular Salud

Jenny Tatiana Sandoval M

JENNY TATIANA SANDOVAL MALDONADO
GERENTE DE "VINCULAR SALUD CTA"

Cra 16 No. 93A-36 Ofic. 804 Edif. Business Center 93 – Tel. 7539647 – Cel. 3214785068-
3102825506 – Chico Bogotá
vincularsaludcta@gmail.com

Scanned by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.005.777.660
MONROY MENESES
APELLIDOS
VALENTINA
NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 28-JUL-2000
HONDA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58 O+ F
ESTATURA G.S RH SEXO
06-AGO-2018 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-2900100-01032028-F-1005777660-20180816 0052308144A 1 6385080099

Para mayor información sobre el esquema de vacunas consulte su médico

Certificado de Vacunación

Certificado de Vacunación

T.E.S.

Dirección:

Tel: 93.381.761-4

NOMBRE Idontina Henry Moreno

NIP 1005777660

Mi Vacuna
Covid-19
www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud | Mi Vacuna

Certificado de vacunación

Nombres: VALENTINA
Apellidos: MONROY MENESES
Documento de identidad: C.C. X | T.I. | Pasaporte | RC | CE | PEP | Otro | Cual
No. 1.005.777.660
Fecha de nacimiento: Día 28 Mes 07 Año 2000

Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cedula del vacunador
	18-08-21	ASTRAZENECA	77785	CLINITEC	AUX. ENFERMERIA C.C. 1.110.554.157 R.P. 88.234	
	17-11-21	Astrazeneca	N10074	VACUNACIÓN Avanzada	Katham Garcia	1093558803

CARNET DE VACUNACION

NOMBRE:

NIP:

VACUNA	DOSIS	FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	LOTE	LAB	FIRMA Y SELLO
TÉTANO	1	16	10	2019	220808178		
Td	2						
	3						
DTPa	Ref						
HEPATITIS B	1	15	8	2019	1031033-03		
	2	10	10	2019	UEX18008		
	3						
HEPATITIS A	1	16	10	2019	AHAVB824H		
	2						
VARICELA	1	16	10	2019	A1OCO352		
	2						
INFLUENZA	1						
NEUMO 23	1						
	Ref						
MENINGOCOCO BC	1						
	2						
MENACTRA	1						
M.M.R	1	16	10	2019	25CL55		
FIEBRE AMARILLA	1	16	10	2019	P38171		
FIEBRE TIFOIDEA	1						
V.P.H	1						
	2						
	3						
LEPTOSPIRA	1						
	2						
OTRAS							

Bogotá, Octubre / 7 de 2026

Salud Total EPS

Señor (a): VALENTINA MONROY MENESES
CC. 1005777660
PUEBLO NUEVO
VALLE DE SAN JUAN

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 Marzo / 1 de 2025, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.

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

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

Cordialmente,

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

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

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

VALENTINA MONROY MENESES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.005.777.660**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 7 de Octubre del 2026.

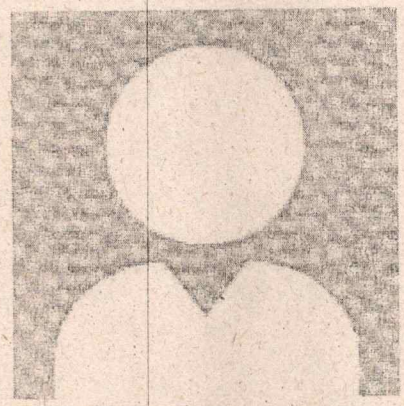
Cordialmente,

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.

Bienvenido al menú principal



VALENTINA MONROY MENESES

Rol seleccionado: Persona Natural

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

ACTUALIZAR MI INFORMACIÓN DE CONTACTO

MI BUZÓN DE NOVEDADES

Funcionalidades destacadas

Actualización datos complementarios

Actualice sus datos complementarios

COMENZAR

Inclusión de beneficiarios

Agregue nuevos integrantes en su grupo familiar

COMENZAR

Afiliación al régimen contributivo como independiente

Reporte aquí que cuenta con condiciones para pertenecer al régimen contributivo

COMENZAR

Traslado de EPS

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

Valle de San Juan Tolima

Doctora
DELLY LUCIA CABEZAS GUTIERREZ
Gerente Hospital Local Vito Fasael Gutiérrez Pedraza E.S.E
Valle de San Juan Tolima

Cordial saludo

Presento a continuación, la siguiente propuesta de trabajo fin de efectuar cuyo objeto es: CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA EL APOYO EN LA GESTIÓN DE LA ENTIDAD COMO AUXILIAR PARA LA IMPLEMENTACIÓN Y PUESTA EN MARCHA DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO (SIAU) EN EL HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA E.S.E, DEL MUNICIPIO DE VALLE DE SAN JUAN TOLIMA."

desarrollando las siguientes actividades:

1) Prestar los servicios de apoyo a la gestión en las actividades propias del proceso de Atención al Usuario del Hospital.

2) Atender de manera personal y/o telefónica y/o electrónica al usuario según el caso, suministrando la información necesaria y los documentos que sean solicitados de conformidad con los tramites, autorizaciones y procedimientos establecidos, en la institución

3) Atender conforme a las directrices del sistema de Servicio al ciudadano, las tareas que le sean encomendadas, brindando un servicio confiable, amable, digno y eficiente al usuario

4) Contribuir con el mejoramiento de la Imagen de la Institución.

5) dar a conocer los pasos y mecanismos del proceso que permite instaurar una queja o reclamo

6) Apoyar en las labores de asignación de Citas médicas para cada uno de los usuarios que las requiera al Hospital Local vito Fasael Gutiérrez Pedraza E.S.E por medio de llamada telefónica o personalmente.

VALENTINA MOSQUERA MENESES
CC: 1005777660

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

Editar

Información del usuario



Cargo	
Título	
Nombre	VALENTINA
Apellidos	MONROY MENESES
Fecha de Nacimiento	28/07/2000 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
	Usted pertenece a un grupo joven
Nivel Educativo	Técnica o tecnológica completa (con o sin título)
Género	
¿Tiene alguna discapacidad?	Sí No
Nombre y apellido	VALENTINA MONROY MENESES
Tipo de documento	
Número de documento	
Dirección	
Código postal	
Estrato	
Ubicación	
País	COLOMBIA
Correo electrónico	valen28monroy@hotmail.com
Teléfono	
Celular	3144834427

Configuración

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

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	¿Cuál es su número de teléfono?
Respuesta	3144834427
SMS para recuperar la contraseña	3144834427

Editar

El servicio público es de todos | Función Pública

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

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
VALENTINA		MONROY	MENESES

Documento de identificación

C.C. [x] C.E. [ ] T.I [ ] NIT. [ ] Número 1005777660

Lugar de Nacimiento

País COLOMBIA Departamento TOLIMA Municipio HONDA

Lugar de domicilio

País COLOMBIA Departamento TOLIMA Municipio VALLE DE SAN JUAN

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 LOCAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA

Cargo o función que cumple

AUX. DE SIAU- ATENCION AL USUARIO

Lugar de sede

País COLOMBIA Departamento TOLIMA Municipio VALLE DE SAN JUAN

Dirección Calle 4 No. 4-05 Barrio Centro

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LO CONSAGRADO EN LA LEY 2013 DE 2019, QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	32.900.000
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	32.900.000

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

TIPO DE CUENTA	SEDE DE LA CUENTA (PAÍS)	SALDO DE LA CUENTA A DICIEMBRE 31 DEL AÑO ANTERIOR
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$ 3.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

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

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

CONCEPTO	SALDO

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

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO	PAÍS

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO	PAÍS

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

INFORMACIÓN DEL CONYUGE Y/O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

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

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

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

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

PARENTESCO	NOMBRE COMPLETO (nombres y apellidos)				DOCUMENTO DE IDENTIDAD
	Primer nombre	Segundo Nombre	Primer apellido	Segundo apellido	
Hijo(a)	MARIA	CELESTE	MONROY	MONROY	1.105.335.636

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

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

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

NOMBRE DEL FIDEICOMISO O ENCARGO FIDUCIARIO	CALIDAD	VALOR	PAÍS

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

TIPO DE INVERSIÓN	VALOR	PAÍS

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

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

NOMBRE	VALOR DE LA DONACIÓN

2.6 POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

DESCRIPCIÓN DEL POTENCIAL CONFLICTO DE INTERESES

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141156237260

(415)7707212489984(8020) 000014115623726 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 0 0 5 7 7 7 6 6 0	5	Impuestos y Aduanas de Ibagué	9	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 0 5 7 7 7 6 6 0	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MONROY	MENESES	VALENTINA	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1

41. Dirección principal: MCP VALLE DE SAN JUAN BPUEBLO NUEVO

42. Correo electrónico: valen28monroy@hotmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos
5 1 3 2	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

53. Código 2 0

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

54. Código

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2025-01-20 / 04:26:03PM

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 MONROY MENESES VALENTINA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Consulta de antecedentes

Permite consultar los antecedentes disciplinarios, penales, contractuales, fiscales y de pérdida de investidura con solo digitar el número de identificación de la persona natural o jurídica.

Tipo de Identificación:

Cédula de ciudadanía

Número Identificación:

1005777660

¿Escriba los tres primeros digitos del documento a consultar?

8

Consultar

Datos del ciudadano

Señor(a) VALENTINA MONROY MENESES identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 1005777660.

El ciudadano no presenta antecedentes

Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.
Fecha de consulta: miércoles, octubre 07, 2026 - Hora de consulta: 11:35:33

El certificado de antecedentes ordinario, contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. (Inciso 3, artículo 238 de la ley 1 de 2019, modificada por la Ley 2094 de 2021)

El certificado de antecedente especial, refleja todas las anotaciones que figuren en la base de datos; y se expide para acreditar requisitos de cuya elección, designación o nombramiento y posesión exige ausencia total o parcial de antecedentes.

Para ver este documento necesita Acrobat Reader. Si no lo tiene, haga clic aquí para descargarlo gratis.

Copyright © 2013. Procuraduría General de la Nación / Todos los derechos reservados
Desarrollado por: CDI Software Colombia
V.1.0.1

Por Robert Parada para CDI Software, 2013

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 07 de octubre de 2026, a las 11:36:57, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1005777660
Código de Verificación	1005777660261007113657

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

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, 07/10/2026 11:45:18 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1005777660** y Nombre: **VALENTINA MONROY MENESES.**

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. **149150094** . 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

FEDERACIÓN COLOMBIANA DE MUNICIPIOS | simit

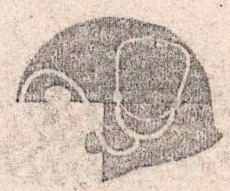
PAZ Y SALVO

Cédula: **1005777660**

Fecha de expedición: 07/10/2026

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

Este documento fue expedido el 07 de octubre de 2026 a las 11:46 a. m. **es de carácter gratuito** y es válido durante la fecha de expedición. Además, no aplica como documento para realizar pagos, es solo una consulta del estado de cuenta.



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



N° 5.005

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

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

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

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

CIIU (Actividad Económica) del empleador:
SIN REGISTRAR

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

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
MONROY MENESES VALENTINA	FEMENINO	25 AÑOS 4 MESES 21 DÍAS	CC (Tipo)	1005777660 (Número)

Cargo
AUXILIAR DE SIAU

EPS	AFP	ARL
SALUD TOTAL	PORVENIR	POSITIVA

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

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACION MÉDICO OCUPACIONAL ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO ; SEGUIMIENTO POR CARDIOLOGÍA	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES
ALTERNAR VISION LEJANA Y CERCANA
ESTIRAMIENTOS MUSCULARES ANTES Y AL TERMINAR LA LABOR.

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

Médico

Firma:

Nombre: CC. 93381098 - GERMAN AUGUSTO OSORIO

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

Código de Seguridad
F728L1R5005

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: MONROY MENESES VALENTINA

CC: 1005777660

Nequi

(+57) 300 600 0100
Carrera 48 # 26 - 85
Medellín Colombia
www.nequi.com.co

Certificado de depósito de bajo monto

Viernes, 17 de julio de 2026

A quien pueda interesar

Nos permitimos informar que VALENTINA MONROY MENESES identificado con cédula de ciudadanía 1005777660, al día de hoy es titular de un depósito de bajo monto con las siguientes características:

Número de Depósito Nequi	Número de producto interno	Estado	Fecha de apertura
3144834427	87050122233	ACTIVA	03-06-2021

Para pagos desde empresas y nómina el código de Nequi en ACH Colombia es 1507.

Un saludo
Equipo Nequi

BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 1005777660 **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 07/10/2026 11:52 AM

Código Verificación: **U3DNAWSZH9**

Válida hasta: **07/01/2027**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional y en su nombre la

Institución Educativa

Juan Lasso De La Vega

Valle de San Juan - Tolima

Aprobada por la Secretaria de Educación y Cultura del departamento del Tolima
Según Resolución No. 5830 del 13 de Octubre de 2016.

Confiere A:

Valentina Monroy Meneses

T.I. 1.005.777.660 de Ibagué - Tolima

El Título de:

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

Anotado en el control interno del plantel
Acta N°001 Nº de Folios 4 del 104 al 107 de 2016

Dado en Valle de San Juan - Tolima a los 02 Días del mes de Diciembre del 2016

Sandra Mayerli Sagurdra Lima
C.C. 28.554.005 de Ibagué
Rectora

Lucelly Martínez Castro
C.C. 24.078.500 de Girardot

2016

Institución Educativa
"Juan Lasso de la Vega"

Valle de San Juan - Tolima
Resolución de aprobación de estudios
No: 5830 de Octubre 13 de 2016

Acta Individual de Graduación

En Valle de San Juan - Tolima a los 02 días del mes de Diciembre de 2016, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes, la Rectora, Auxiliar Administrativa y los integrantes de la comisión de Evaluación y Promoción de la INSTITUCIÓN EDUCATIVA "JUAN LASSO DE LA VEGA" para dar cumplimiento al artículo 88 de la ley 115 de 1994 que determina que el Título de Bachiller Académico se otorga a quienes hayan recibido una formación por niveles y grados y acumulado los saberes definidos por el Proyecto educativo Institucional, dicho reconocimiento se hará constar en un Diploma y su otorgamiento es de competencia de los Rectores de las Instituciones Educativas, para la continuación en la Educación Superior. En virtud a lo anteriormente expuesto se formalizó la graduación de los educandos del último grado de la Educación Media autorizada por la Secretaría de Educación y Cultura del Tolima.

El Título de:

Bachiller Académico

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

Valentina Monroy Meneses

T.I. 1.005.777.660 de Ibagué - Tolima

El acta de graduación consta de 55 estudiantes graduados e inicia con el nombre de: CRISTIAN CAMILO ARDILA CLAVIJO y se cierra con el nombre de: TANIA BRIGITTE YATE HERRERA, Firmada y sellada por SANDRA MAYERLI SAAVEDRA LUNA (Rectora), y LUCELLY MARTINEZ CASTRO (Aux. Administrativa).

Es Fiel copia tomada del libro de Actas Generales de Grado No 001
No. de Folios 4 del 104 al 107 de 2016

Dado en Valle de San Juan - Tolima, a los seis (02) días del mes de Diciembre de 2016.

Sandra Mayerli Saavedra Luna
C.C. 28.554.905
Rectora

Lucelly Martínez Castro
C.C 28.673.369
Aux. Administrativa

Para su validez no se requieren la firma ni el sello de la Secretaría Según Decreto 2150 de Diciembre 5 de 1995

La República de Colombia
y en su nombre

El Instituto Nacional de Técnicas

INTECS

Entidad de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano con autorización oficial
según Resolución No. 711006 de Julio 7 de 2009 y con registro de programa mediante
Resolución No. 1050-00001777 del 28 Julio de 2016 de la Secretaría de Educación de Ibagué

Concede el presente Certificado de
Aptitud Ocupacional por Competencias a:

VALENTINA MONROY MENESES

C.C. 1005777660

Quien realizó y aprobó satisfactoriamente las competencias
correspondientes al programa de:

Técnico Laboral
Por Competencias en:

Auxiliar En Enfermería

con una intensidad de 1800 horas

Dr. Jorge Hernán Sánchez Leyva
Director General

Dra. Sandra Liliana Portillo Méndez
Secretaria General

Acta de Certificado No. 219 Folio No. 314
Dado en Ibagué, Tolima a los 16 días del mes de Noviembre de 2018

INTECS

Creando un futuro

Licencia de funcionamiento 71-1006 del 7 de Julio de 2009 de la Secretaría de Educación Resolución 71-0501 del 25 de febrero de 2011 y Resolución 71000494 del 12 de Abril de 2010 emitida por la Secretaría de Educación Municipal para los programas de salud

INSTITUTO NACIONAL DE TÉCNICAS INTECS

Institución de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Licencia de Funcionamiento No 71-1006 del 7 de Julio de 2009

Con Registro del programa según Resolución NO. 1050-00001777 del 28 de JULIO de 2016 De la Secretaría de Educación Municipal

ACTA INDIVIDUAL DE ENTREGA DE CERTIFICADOS

Nº. 219

El día 16 de marzo de 2018, siendo las 6:00 pm en el INSTITUTO NACIONAL DE TÉCNICAS INTECS de la ciudad de Ibagué se llevó a cabo a efecto el ACTO DE ENTREGA DEL CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS al alumno(a) VALENTINA MONROY MENESES identificado(a) con cedula de ciudadanía No. 1005777660quien cursó y aprobó en forma satisfactoria el Programa de TÉCNICO LABORAL AUXILIAR EN ENFERMERIA, de acuerdo con los requisitos Académicos exigidos por el Decreto No. 1 – 047 del 12 de enero de 2012 del Ministerio de Educación Nacional y por el Reglamento Pedagógico del Instituto Nacional de Técnicas, INTECS. Dicho acto fue presidido por el Director General JORGE HERNÁN SÁNCHEZ LEYVA y la secretaria General SANDRA LILIANA PORTILLO MÉNDEZ.

Una vez cumplido el acto de CERTIFICACIÓN se expide la siguiente acta el 16 de noviembre de 2018.

JORGE HERNÁN SÁNCHEZ LEYVA
Director General

SANDRA LILIANA PORTILLO MÉNDEZ
Secretaria General

Elaboró: CAMILA BELTRAN

GOBERNACION DEL TOLIMA
Secretaria De Salud Del Tolima

Soluciones que Transforman

RESOLUCION N° 570 - 19

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

SECRETARIA DE SALUD DEL TOLIMA
En uso de la facultad concedida por los Decretos N° 1875 de Agosto 3 de 1994 y 1382 de 2000, del Ministerio de Salud y

CONSIDERANDO

Que VALENTINA MONROY MENESES, identificado (a) con Cedula de Ciudadanía N° 1006777660, ha solicitado el registro del certificado de Aptitud Ocupacional como AUXILIAR EN ENFERMERÍA, según diploma N° SN de fecha 2018-11-15 otorgado por INSTITUTO NACIONAL DE TECNICAS INTECS y acta de grado N° 219

Que dicho Certificado de Aptitud Ocupacional, no requiere registro de la Secretaria de Educación, de conformidad con la directriz trazada en la circular N° 030 del 11 de mayo de 1994.

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Registrar el Certificado de Aptitud Ocupacional como AUXILIAR EN ENFERMERÍA a VALENTINA MONROY MENESES identificado (a) con Cedula de Ciudadanía N° 1006777660, título otorgado por INSTITUTO NACIONAL DE TECNICAS INTECS, según acta de grado N° 219 del 2018-11-15.

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

ARTICULO TERCERO: NOTIFICAR a VALENTINA MONROY MENESES, el contenido de la presente resolución, en los términos del artículo 67 y s.s del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo

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

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE 06 MAR 2019

SANDRA LIEDUA TORRES DIAZ
Secretaria De Salud Del Tolima

GOBERNACIÓN DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ES FIEL COPIA DE SU ORIGINAL
FIRMA

Elaboró: Liliana C.V. Aprobó: Pablo Rene Arango Callejas - Director Gloria De Sanidad Vo. Bo. Grupo [illegible] de Apoyo
Apoyo - Abogado Jurídico

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 *

1005777660

Primer Nombre

VALENTINA

Primer Apellido

MONROY

Confirme los números de la Imagen *

7124

Cambiar

6791

Buscar

Limpiar

Resultado General -2025-12-29 12:42:42 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificaci
CC	1005777660	VALENTINA		MONROY	MENESES	Vigente

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) VALENTINA MONROY MENESES identificado(a) con CC 1005777660 registra La siguiente información:

2025-12-29 12:42:42 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA	2019-03-06	570	GOBERNACION DEL TOLIMA

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Valentina Monroy Meneses

ha participado y aprobado el Curso Virtual

Precauciones básicas: higiene de manos (COVID-19)

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

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 1 - Porcentaje de aprobación: 74,33 %

4 de mayo de 2024

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PUBLICA

"La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mod/customcert/verify.php?code=66336b295df41e4328a3e0d3e2ac1df0d"

Clínica Asotrauma S.A.S

Otorga el presente Certificado a:

MONROY MENESES VALENTINA

Con Cédula de Ciudadania No. 1,005,777,660

Por su participación en el:

HUMANIZACIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Realizado en la ciudad de Ibagué, el 10 de ABRIL del 2025

Martín Alfonso Botero Cañón
Gerente Clínica Asotrauma S.A.S

Código de verificación:
THFR048V1E660000000112

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

DIABETICS

SERVICS

Nit. 93648947

CERTIFICA QUE:

VALENTINA MONROY MENESES

C.C. 1.005.777.660 DE IBAGUÉ TOLIMA

Participo y aprobó satisfactoriamente la capacitación
Curso Seguridad Del Paciente Y Calidad De La Atención
En Los Servicios De Salud
Con una intensidad de CUARENTA horas (40)
VIRTUAL

Se Realizó en Ibagué, En El Mes De ENERO de 2024

Este curso tuvo una intensidad de 160 horas, de las cuales 5 días presenciales y el resto virtuales, según el decreto 4904 de 2009 De Educación para el trabajo y el desarrollo humano, y la resolución 3100 de 2019 De Educación y Estándares Mínimos de Habilitación, teniendo en cuenta los requisitos de Talento Humano, Infraestructura, Dotación, Procesos prioritarios, Historia clínica y Interdependencia, Interrelación de servicios, Referencia y Contrarreferencia De asistencia, Educación, Información y Comunicación, Programa de Seguridad del paciente, Gerencia del riesgo, Gestión con tecnología, Indicadores.

Dra. SANDRA GARCIA T.
Instructor - Medico

CARLOS [illegible]
Psicólogo - Salud Publica

ALEX ROMERO
Instructor - Gerente

CÓDIGO

Codigo de verificación vía la autenticación de este certificado puede ser solicitado al correo electrónico [illegible]. Cada certificado tiene un código de verificación único.

CEL WASAT 3046320364-3118265469 (LLAMADAS 3173495874 https://diabeticos-servics.pinnacle.website.com/

APROBADO POR DECRETO NO. 4904 DEL 26 DIC 2006 EDUCACION NO FORMAL ARTICULO 2.8.6.3

APOYA

CERTIFICA QUE:

VALENTINA MONROY MENESES

C. C. 1. 005. 777. 660 DE IBAGUE TOLIMA

Participo y aprobó satisfactoriamente la capacitación

Curso Atención Integral Centrada En El Usuario De Servicios De Salud Hospitalario Y Ambulatorio Trato Digno

Con una intensidad de Cuarenta horas (40)

PRESENCIAL TEORICO PRACTICO

Se Realizó en IBAGUE, En El Mes De JUNIO de 2025

Este curso no supera las 160 horas, se rige bajo el numeral 5 ó del artículo 1 del decreto 4904 de 2009 De Educación informal, el objetivo es brindar oportunidad para complementar, actualizar, Perfeccionar, Renovar o profundizar conocimientos, habilidades, técnicas, practicas, No requiere registro de la secretaria De Educación y solo da lugar a expedición de constancia De asistencia. Educación no formal, no conduce a Título o certificado de actitud ocupacional. Se realiza con el objetivo de brindar oportunidades

Dra. SANDRA GARCIA T.
Instructor - Medica

CARLOS BONILLA
Psicólogo - Salud Publica

ALEX ROMERO
Instructor - Gerente

CÓDIGO

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

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

Olivet&Sevlas

SEGÚN ALINEAMIENTOS Y PARAMETROS

OPS