Flandes, 23 de julio del 2026.

Doctor
DIEGO ANDRÉS GUERRA QUINTERO.
HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE FÁTIMA DE FLANDES.
Ciudad. - Flandes

ASUNTO. **PROPUESTA DE SERVICIOS CONTRATO FLANDES 2026.**

Respetada doctora:

Mediante el presente documento me permito presentar mi hoja de vida y propuesta para la prestación de servicios de apoyo a la gestión para la ejecución de actividades profesionales como ODONTOLOGA dentro del Hospital nuestra señora de Fátima del municipio de Flandes, así:

ACTIVIDADES.

1.- Practicar la consulta de su profesión basándose en la clínica odontológica, para formular el diagnóstico y prescribir el tratamiento que debe seguirse en la recuperación de las enfermedades bucales o dolencias que le afectan al usuario.
2.- Ejecutar procesos de promoción y prevención a los pacientes, con el fin de brindar un servicio de calidad en la Entidad Hospitalaria.
3.- Ejecutar el cumplimiento de las actividades de promoción y prevención en odontología de acuerdo con las rutas de atención.
4.- Participar en atenciones extramurales de los pacientes tanto a nivel urbano como rural.
5.- Efectuar cuando se requiera las urgencias odontológicas en la E.S.E.
6.- Elaborar registro en historias clínicas de todos los tratamientos y actividades aplicadas a los usuarios en el sistema que tiene el Hospital para este fin.
7.- Cumplir con los protocolos de atención y de bioseguridad de acuerdo a las normas epidemiológicas.
8.- Informar oportunamente al profesional responsable sobre las situaciones especiales de emergencias y riesgos que observen en el paciente, familia y el servicio.
9.- Conocer y defender el catálogo de los derechos al paciente aplicando la normatividad del código de ética hospitalaria.
10.- Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas.
11.- Realizar seguimiento y gestión a los eventos adversos que se pudieran presentar en su servicio y reportarlos al supervisor aplicando acciones preventivas y correctivas para que estos no se vuelvan a presentar.
12.- Participar en las jornadas de capacitación, inducción reuniones, y eventos que le sean asignados.
13.- Participar en las capacitaciones del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS).

14.- Asistir a las reuniones requeridas por parte de la administración y gerencia de la Entidad para el cumplimiento del contrato
15.- Apoyar en la presentación de los informes a los diferentes Entes de control.
16.- Realizar las demás que sean impartidas por el Supervisor de la orden, que se deriven o tengan relación con la naturaleza de esta.

El valor de los honorarios mensuales será liquidado por la jornada laborado a razón de **CIENTO VEINTISÉIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS ($126.667,00) MCTE.**

Cordialmente,

Vicky Alexandra Vargas Quintero

VICKY ALEXANDRA VARGAS QUINTERO
Contratista.

SECOP II

ENTRAR

vickyalexandra2

Contraseña

Entrar

Registro

ACCESOS DIRECTOS

COMPRADORES

PROVEEDORES

TIENDA VIRTUAL DEL ESTADO COLOMBIANO

COMPRA PÚBLICA INNOVADORA

SÍNTESIS

MANUALES, GUÍAS Y PLIEGOS DE TIPO

MESA DE SERVICIO



Ingresa al canal oficial de whatsapp

El SECOP II es una plataforma transaccional en la cual las E Proceso de Contratación en línea. Los Proveedores pueden Estatales, obtienen información de los Procesos de Contrata contratos, los organismos de control hacen la auditoría del Sistem forma como las Entidades Estatales ejecutan el dinero de los cor servicios a las personas.





VICKY ALEXANDRA VARGAS QUINTERO



3132005882 vickyvargasq04@gmail.com

Colombia

PERFIL PROFESIONAL

Profesional en Odontología con amplia experiencia en todas las áreas de la odontología general. Con diplomados en estética oral y armonización facial, enfoco mi práctica en lograr resultados funcionales y estéticamente armónicos. Me caracterizo por mi ética profesional, vocación de servicio, empatía con el paciente y compromiso con la excelencia clínica.

FORMACIÓN ACADÉMICA

- Pregrado en Odontología
  Universidad Antonio Nariño – Ibagué 2011-2015

- Diplomados en Estética Oral y Armonización Facial
  Diversas instituciones especializadas en estética oral y orofacial

EXPERIENCIA LABORAL

- Hospital San Rafael | Odontóloga General | 2016 – 2018

  - Atención integral en odontología general.
  - Diagnóstico, tratamiento y promoción de salud oral.
  - Participación en programas comunitarios de prevención bucal.

- The Wala IPS | Odontóloga General | 2018 – 2019

  - Atención de pacientes en operatoria, profilaxis y rehabilitación oral.

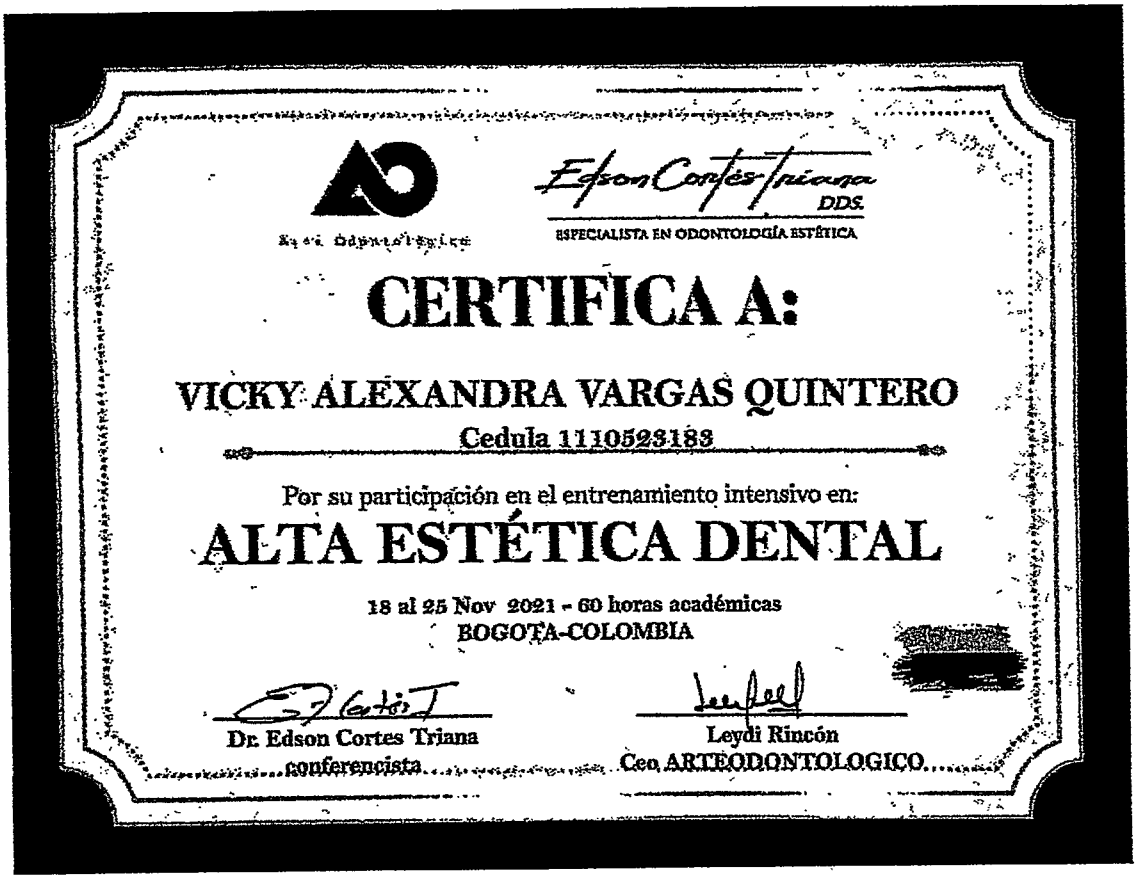
- Enfoque en atención humanizada y educación en salud oral.

• Consultorio Propio – Ibagué | Odontóloga General – Énfasis en Estética Oral | 2017 – 2020

- Práctica privada en tratamientos integrales y estéticos.
- Especialización práctica en estética dental y armonización facial.
- Gestión integral del consultorio y fidelización de pacientes.

HABILIDADES Y COMPETENCIAS

- Manejo de diferentes programas de historia clínica odontológica.
- Liderazgo, responsabilidad y adaptabilidad al trabajo en equipo.
- Experiencia en procedimientos estéticos orales y faciales.
- Excelente atención al paciente y orientación al detalle.



Edson Cortés Triana
DDS.
ESPECIALISTA EN ODONTOLOGÍA ESTÉTICA

CERTIFICA A:

VICKY ALEXANDRA VARGAS QUINTERO

Cedula 1110523183

Por su participación en el entrenamiento intensivo en:

ALTA ESTÉTICA DENTAL

18 al 25 Nov 2021 - 60 horas académicas
BOGOTA-COLOMBIA

[redacted]

Dr. Edson Cortes Triana
conferencista

Leydi Rincón
Ceo ARTEODONTOLOGICO

MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL
Y EN SU NOMBRE, LA

UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO

CON PERSONERÍA JURÍDICA 4571 DE 1977

UAN
UNIVERSIDAD
ANTONIO NARIÑO

CONFIERE EL TITULO DE

ODONTOLOGO

A

Vicky Alexandra Vargas Quintero

C.C.No. 1.110.523.183 de Ibagué

QUIEN CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE TODOS LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS.
EN TESTIMONIO DE ELLO SE OTORGA EL PRESENTE

D I P L O M A

EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C., A LOS 21 DIAS DEL MES 1 DE 2016

RECTOR

VICE RECTOR ACADEMICO

DECANO DE LA FACULTAD

SECRETARIO GENERAL

REGISTRADO AL FOLIO 6-52 DEL LIBRO DE DIPLOMAS 26

BOGOTÁ, D.C. 22 DE 1 DE 2016 No. 45359

ELABORO _____

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Hospital nuestra señora de Fátima

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
Vargas	Quintero	Vicky Alexandra

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	*SEXO*	*NACIONALIDAD*	*PAÍS*
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1110523183	F (X) M ( )	COL (X) EXTRANJERO ( )	

LIBRETA MILITAR

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	*DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA*
FECHA DÍA 04 MES 04 AÑO 1 9 92	Transversal 11 #140-42
PAÍS Colombia	PAÍS Colombia DEPTO Tolima
DEPTO Tolima	MUNICIPIO Ibagué
MUNICIPIO Libano	TELÉFONO 3132005882 EMAIL Vickyvargasq04@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 10. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											*TÍTULO OBTENIDO*
PRIMARIA				*SECUNDARIA*				*MEDIA*			*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES 12 AÑO 20
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN MES*	*AÑO*			*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
Pregrado	10	X		Odontologa general	12	2	0	1	5	18609/2016

ESPECIFIQUE 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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Independiente			

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Hospital san Rafael del espinal	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Tolima	Espinal	gerencia@hospitalsanrafael-espinal.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3156719970	DÍA MES 04 AÑO 2016	DÍA MES 04 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Odontologa general		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
The wala ips	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Tolima	Natagaima	Sedeadministrativa@ipsthewala.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
2264041-3132919739	DÍA MES 04 AÑO 2018	DÍA MES 04 AÑO 2019

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Odontologa general		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 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		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ( ) NO (X) ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS, EMPLEOS PUBLICOS 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

6 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

Espinal, 2 de Febrero 2026

El Doctora **VICKY ALEXANDRA VARGAS QUINTERO** , identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.110.523.183 Expedida Ibagué - Tolima, quien desempeñó sus funciones de Abril de 2016 a Marzo de 2018 como Odontólogo en el área de consulta Externa Hospital San Rafael de el Espinal - Tolima , demostró ser una persona comprometida y profesional; que a lo largo de su labor dentro de la empresa, logro cumplir con los indicadores establecidos.

Durante su etapa en Hospital San Rafael de el Espinal; La Doctora se desempeñó como odontólogo integral cumpliendo con la normatividad establecida por ministerio de salud .

Su constante interés de superación, lo llevo a participar diferentes cursos y capacitaciones

Con base en todo lo descrito, recomiendo ampliamente El Doctora Vicky Alexandra Vargas Quintero para desempeñar el cargo odontólogo en Área Clínica

Atentamente.

Maria T Vasquez Almanza
Coordinadora de Odontología
Hospital San Rafel de el Espinal

Powered by CamScanner

THE WALA IPS INDIGENA PUBLICA
SEDE NATAGAIMA
NIT.809009550-5

CERTIFICACION

Certifico que la doctora, VICKY ***ALEXANDRA VARGAS QUINTERO,*** identificada con la cedula de ciudadanía número ***1110523183 de Ibagué (Tolima)***, prestó sus servicios profesionales como odontóloga general en la IPS THE WALA PUBLICA NATAGAIMA, desde el 2 de abril de 2018 al 31 de marzo de 2019.

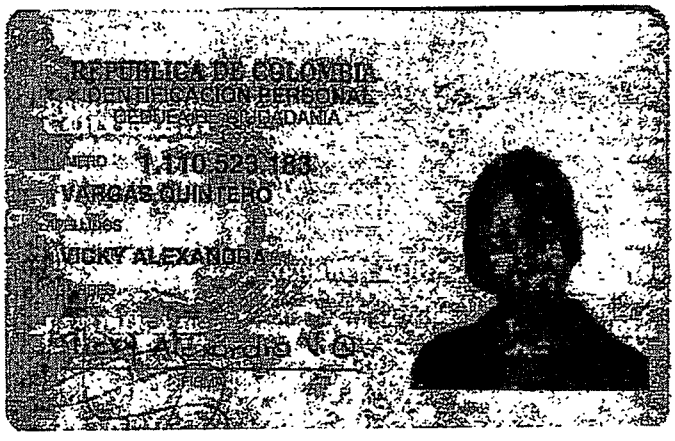
Durante su trabajo, se desempeñó con ética profesional, responsabilidad, cumplimiento, trabajo en equipo y empatía.

Se expide a solicitud de la interesada para fines laborales.

Dada en Natagaima, a los tres días (03) días del mes de febrero de dos mil veintiséis (2.026).

DIDIER AUGUSTO CELEMIN RODRIGUEZ
C.C. 93.362.709 DE IBAGUE.
COORDINADOR THE WALA IPS INDIGENA PUBLICA
SEDE NATAGAIMA.
CELULAR: 3132919739

Scanned with CamScanner





FECHA DE NACIMIENTO 04-ABR-1992

LIBANO
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

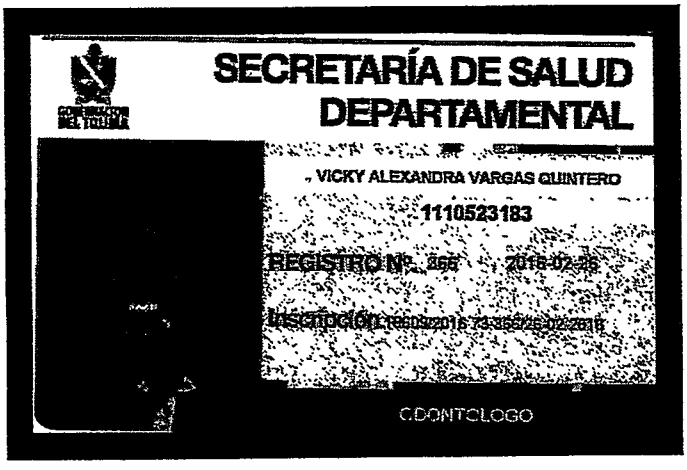
1.68 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

24-MAY-2010 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

P-2900100-00244847-F-1110523183-20100715 0022772827A 1 34442398


SECRETARÍA DE SALUD
DEPARTAMENTAL
VICKY ALEXANDRA VARGAS QUINTERO
1110523183
REGISTRO Nº 866
ODONTOLOGO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 0 2 Actualización

4. Número de formulario: 141233425124

(415)7707212489984(8020) 000014123342512 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 1 0 5 2 3 1 8 3	4	Impuestos y Aduanas de Ibagué	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1110523183

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
ARGAS	QUINTERO	VICKY	ALEXANDRA

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: TV 11 140 42

42. Correo electrónico: vickyvargasq04@mail.com

43. Código postal | 44. Teléfono 1: 3132005882 | 45. Teléfono 2: 3204613632

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 2 2	2 0 2 6 0 2 0 4					4 1 2 3	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros																				Exportadores					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código																						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 ☐ 60. No. de Folios:

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 1.6.1.2.5 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:

664. Nombre

665. Cargo

Fecha generación documento PDF: 03-02-2026 05:37:46AM

DOCUMENTO RADICADO SIN COSTO

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	2026-02-02 15:41

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
VICKY	ALEXANDRA	VARGAS	QUINTERO

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1110523183

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	TOLIMA	Municipio	LÍBANO

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUÉ

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 NUESTRA SEÑORA DE FATIMA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	TOLIMA	Municipio	FLANDES

Dirección	["CALLE 6 No. 9-45 BARRIO LA CEIBA - FLANDES TOLIMA -"]
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. SI MI DE INGRESOS BIENES Y ACREENCIAS

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

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

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	$0,00

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 [X] No [ ]

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
YESID	ORLANDO	REYES	HERRERA

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 88246955

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 INTERES 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:

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) VICKY ALEXANDRA VARGAS QUINTERO identificado(a) con CC 1110523183 registra La siguiente información:

2026-01-31→11:12:58 AM

Información Académica

UNV	Local	ODONTOLOGIA	2016-02-26	366	GOBERNACION DEL TOLIMA

Datos SSO

Exonerado del SSO	Local	COLOMBIA NO APLICA	1900-01-01	1900-01-01	Sin Modalidad	Odontología	GOBERNACION DEL TOLIMA

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

CERTIFICA QUE:

VICKY ALEXANDRA VARGAS QUINTERO

Número de Identificación 1110523183

Modalidad: Presencial – Duración: 50 Horas

Participo y aprobó satisfactoriamente la capacitación

CURSO DE DIAGNOSTICO Y MANEJO DEL DENGUE

Este curso, de una duración inferior a **160 horas**, se rige bajo el numeral 5.8 del artículo 1 del Decreto 4904 de 2009 como educación informal. Su finalidad es complementar, actualizar, perfeccionar o profundizar conocimientos y habilidades. No requiere registro ante la Secretaría de Educación y solo da lugar a la expedición de una constancia de asistencia. No conduce a un título o certificado de aptitud ocupacional.A1

Vigencia: **24 meses** a partir de la fecha de expedición.

20 días del mes enero de 2026

CESAR AUGUSTO MOSQUERA
REPRESENTANTE LEGAL

JUAN GUILLERMO GALEANO.
MEDICO GENERAL

MEDEVAC

NIT. 901419317-8
CEL.3174687775

Aprobado por decreto 1075 de 26-05-2015 educación no formal art 2.6.6.8.7

CODIGO DE VERIFICACION 1110523183

CONTACTO

MOVIL 3013291216

MAIL MEDEVACTULUA2020@GMAIL.COM

CERTIFICA QUE:

VICKY ALEXANDRA VARGAS QUINTERO

Número de Identificación 1110523183

Modalidad: Presencial – Duración: 50 Horas

Participo y aprobó satisfactoriamente la capacitación

CURSO DE ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Este curso, de una duración inferior a **160 horas**, se rige bajo el numeral 5.8 del artículo 1 del Decreto 4904 de 2009 como educación informal. Su finalidad es complementar, actualizar, perfeccionar o profundizar conocimientos y habilidades. No requiere registro ante la Secretaría de Educación y solo da lugar a la expedición de una constancia de asistencia. No conduce a un título o certificado de aptitud ocupacional.AT

Vigencia: **24 meses** a partir de la fecha de expedición.

10 días del mes enero de 2026

CESAR AUGUSTO MOSQUERA
REPRESENTANTE LEGAL

JUAN GUILLERMO GALEANO.
MEDICO GENERAL

MEDEVAC
NIT. 901419317-8
CEL.3174687775

Aprobado por decreto 1075 de 26-05-2015 educacion no formal art 2.6.6.8

CODIGO DE VERIFICACION 1110523183

CONTACTO

MOVIL 3019291216

MAIL MEDEVACTULUA2020@GMAIL.COM

CERTIFICA QUE:

VICKY ALEXANDRA VARGAS QUINTERO

Número de Identificación 1110523183

Modalidad: Presencial – Duración: 50 Horas

Participo y aprobó satisfactoriamente la capacitación

CURSO DE SOPORTE VITAL BASICO (BLS)

Este curso, de una duración inferior a **160 horas**, se rige bajo el numeral 5.8 del artículo 1 del Decreto 4904 de 2009 como educación informal. Su finalidad es complementar, actualizar, perfeccionar o profundizar conocimientos y habilidades. No requiere registro ante la Secretaría de Educación y solo da lugar a la expedición de una constancia de asistencia. No conduce a un título o certificado de aptitud ocupacional.A1

Vigencia: **24 meses** a partir de la fecha de expedición.

25 días del mes enero de 2026

CESAR AUGUSTO MOSQUERA
REPRESENTANTE LEGAL

JUAN GUILLERMO GALEANO.
MEDICO GENERAL

MEDEVAC
NIT. 901419317-8
CEL.3174687775

Aprobado por decreto 1075 de 26-05-2015 educación no formal art 2.6.0.8

CODIGO DE VERIFICACION 1110523183

CONTACTO

MOVIL 3019291316

MAIL MEDEVACTULUA2020@GMAIL.COM

CERTIFICA QUE:

VICKY ALEXANDRA VARGAS QUINTERO

Número de Identificación 1110523183

Modalidad: Presencial – Duración: 50 Horas

Participo y aprobó satisfactoriamente la capacitación

CURSO DE SEDACION

Este curso, de una duración inferior a **160 horas**, se rige bajo el numeral 5.8 del artículo 1 del Decreto 4904 de 2009 como educación informal. Su finalidad es complementar, actualizar, perfeccionar o profundizar conocimientos y habilidades. No requiere registro ante la Secretaría de Educación y solo da lugar a la expedición de una constancia de asistencia. No conduce a un título o certificado de aptitud ocupacional.A1

Vigencia: **24 meses** a partir de la fecha de expedición.

31 días del mes enero de 2026

CESAR AUGUSTO MOSQUERA
REPRESENTANTE LEGAL

JUAN GUILLERMO GALEANO.
MEDICO GENERAL

MEDEVAC
NIT. 901419317-8
CEL.3174687775

Aprobado por decreto 1075 de 26-05-2015 educación no formal art 2.6.6.3

CODIGO DE VERIFICACION 1110523183

CONTACTO

MOVIL 3019-91-216

MAIL MEDEVACTULUA2020@GMAIL.COM

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 295298738

PIB
18:37:39

Bogotá DC, 04 de mayo 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) VICKY ALEXANDRA VARGAS QUINTERO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1110523183:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

Olga Lucía Tibocha Cortés
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

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 lunes 04 de mayo de 2026, a las 18:42:33, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	110523183
Código de Verificación	1105231832605041842 33

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

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:38:38 PM horas del 27/04/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1110523183**

Apellidos y Nombres: **VARGAS QUINTERO VICKY ALEXANDRA**

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.

Reporte Contratista

Nueva Búsqueda

- (•) Empresa / Persona
- ( ) Entidad
- ( ) Departamento

[ ] Soy humano

hCaptcha

Powered by Secr

La CC/NIT que ha buscado

No evidencia contratación en el SECOP.

Cerrar

¿Es conocedor de un hecho de corrupción?

La Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República cuenta con un canal de denuncia de hechos de corrupción. Puede denunciar de manera segura cualquier irregularidad que conozca.

¡Denuncie!

¡Haga clic aquí!

Encuesta de satisfacc

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 04/05/2026 07:11:38 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1110523183 VICKY ALEXANDRA VARGAS QUINTERO.**

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. **139478669** . 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 21:32:12 horas del 29/04/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. 1110523183,

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **Persona natural** , con NIT 111052318-3 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 1110523183 **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 04/05/2026 07:54 PM

Código Verificación: **7F42SR5X9G**

Válida hasta: **03/08/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

I.P.S. CENTRO DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL

SERVICIOS DE GESTIÓN INTEGRADA S.A.S. - NIT 900.477.525-7
Código de Habilitación Secretaría de Salud Dptal: 253070295301 Licencia SST No. 25-0849 de 2025

CERTIFICADO MEDICO LABORAL B372413

Sede de atención: GIRARDOT :: Ciudad de atención: GIRARDOT :: Fecha de atención: 2026-02-02 08:03 :: Fecha de Impresión: 2026-02-03 :: Versión: 06



Datos de la Empresa Contratante

RAZÓN SOCIAL:	PARTICULARES EN SEDE	TELEFONOS:	NO APLICA
DIRECCIÓN:	NO APLICA	PROFESIOGRAMA:	No
NIT:	888888888	CIUDAD:	NO APLICA - NO APLICA
ARL:	_NO TIENE / NO REFIERE	SECTOR:	SECTOR COMERCIO Y SERVICIO

Datos de la Empresa Misión

RAZÓN SOCIAL:	PARTICULARES EN SEDE		
NIT:	888888888	ARL:	_NO TIENE / NO REFIERE
SECTOR:	SECTOR COMERCIO Y SERVICIO		

Datos del Usuario

NOMBRE:	VICKY ALEXANDRA VARGAS QUINTERO	IDENTIFICACION:	CC 1.110.523.183
DIRECCIÓN:	TRANS-11 # 140-42 CCOUS	EDAD:	33 AÑOS
CARGO:	INDEPENDIENTE	GÉNERO:	FEMENINO
DOMINANCIA:	DIESTRO	TELEFONOS:	3132005882
TIPO DE EXAMEN:	PRE - INGRESO	ESTADO CIVIL:	UNIÓN LIBRE
EPS:	SANITAS EPS SA	AFP:	NO SABE - SIN ASEGURADORA

Servicios Realizados

Las recomendaciones medicas se definieron con base a los resultados de los siguientes exámenes practicados:

CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL

Conducta Medico Laboral para el Cargo

CONDICIONES DE SALUD ADECUADAS PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Vacunación COVID19

¿Esta vacunado para COVID19?	Cantidad de Dosis Aplicadas	Marca de la Vacuna
SI	1	JANSSEN

Estilos de vida Saludables para el Usuario

Cardiovascular	☑ Mantener un peso saludable mediante la incorporación de hábitos alimenticios equilibrados y actividad física regular. ☑ Realice actividad física regular en su tiempo libre para promover el bienestar físico y mental.
Generales de SST	☑ Incorporar pausas activas durante la jornada laboral para promover la salud física y mental. ☑ Practicar higiene postural tanto en el entorno laboral como en la vida personal para prevenir molestias musculoesqueléticas. ☑ Utilizar elementos de protección personal (EPP) adecuados según las actividades realizadas, para garantizar la seguridad en el trabajo. ☑ Participar activamente en capacitaciones sobre seguridad y salud en el trabajo para fortalecer conocimientos y habilidades.

Recomendaciones Laborales

NINGUNA

Temporalidad o Vigencia de Recomendaciones Laborales: NO APLICA

Restricciones Laborales

NINGUNA

Temporalidad o Vigencia de Restricciones Laborales: NO APLICA

Consentimiento Informado y Autorización para Tratamiento de Datos Personales

Autorizo a I.P.S. CENTRO DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL, a realizar en mi nombre médico y/o paciente(s) acompañante(s), registrado(s) en este documento. Yo (la) Profesional de la Salud abajo mencionado me he explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o procedimiento acompañante. He comprendido y he tenido oportunidad de aclarar el empleo, los beneficios, la interpretación, los inconvenientes, los hallazgos y dudas del examen médico y/o procedimiento(s) acompañante(s), a parte de la entrega bendita antes de la respectiva toma de los exámenes.

Entiendo que la realización de este(s) procedimiento(s) es voluntaria y que tengo oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realicen el(los) examen(es). Los siguientes datos por mi ex-esposo(a) examen(es) están(n) completo(s) y verdadero(s). Autorizo a I.P.S. CENTRO DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL para que suministre los personas o entidades correspondientes en la misma legislación la información contenida en estos exámenes. Facilitando cualquiera que me encuentre en capacidad de expresar mi consentimiento para la realización de los exámenes relativos.

Así mismo declaro con la I.P.S. CENTRO DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL me informo que de conformidad con lo establecido en el Decreto 1072 de 2015, Artículo 2.2.4.6.32, Numeral 1, debo practicar el cubierto integral de mi salud, por lo cual debo acudir y dar tratamiento a las recomendaciones y restricciones dadas por el medico laboral durante la consulta medica y los cuales se este documento, los cuales estarán sujetos al seguimiento y control periódico. De igual manera, confirmo que no abro reconocido antes los riesgos de mi valoración médica ocupacional y las medidas de prevención que debo tener, de acuerdo con lo exigido por la Res. 2346 de Oct. 3, Art 10.

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y en conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con mi firma manifiesto que he sido informado por SERVICIOS DE GESTIÓN INTEGRADA S.A.S el respecto del tratamiento de datos personales de los cuales soy titular.

EL PRESENTE CERTIFICADO NO ASEGURA QUE SE REALICE LA CONTRATACIÓN CORRESPONDIENTE POR PARTE DE LA EMPRESA SOLICITANTE. Verifique la autenticidad del presente documento a través de la consulta del código QR.

LAURA VANESSA GARCIA ZAMBRANO
C.C. 1.143.122.550
PROFESIONAL DE LA SALUD - MEDICO ESPECIALISTA SST
TARJETA PROFESIONAL No. CMC 2016 -12335 // LIC SST 9058 DE 10/06/2021

VICKY ALEXANDRA VARGAS QUINTERO
C.C. 1.110.523.183
PACIENTE

"Una vez emitido el presente Certificado Médico Laboral, usted dispone de un plazo de ocho (8) días calendario para solicitar aclaraciones o modificaciones respecto a la información contenida en el mismo. Transcurrido este tiempo, no se podrán realizar cambios ni modificaciones."

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-07-09, 10:01:39 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1083404785

Periodo Cotización: junio de 2026 **Periodo Servicio:** junio de 2026

PAGADO 09/07/2026

. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	VICKY ALEXANDRA VARGAS QUINTERO		
Documento	CC1110523183	Dirección	CL 6 #6 - 1 QUINTAS DE SANFRACISCO 2
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3132005882
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	FLANDES	Departamento	TOLIMA
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

I. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P.	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Apo Minis
1110523183	VICKY ALEXANDRA VARGAS QUINTERO	57	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.750.905	$ 218.900	2,436	$ 1.750.905	$ 42.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 0	$ 280.200	$ 218.900	$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800	$ 0	$ 541.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

R-C MÉDICA MAPFRE

PÓLIZA R.C. PROFESIONAL MÉDICOS INDIVIDUALES

INICIACIÓN
Póliza No 3601226000155
Ref.3205619231
Copia

RAMO / PRODUCTO	CERTIFICADO	FACTURA	OFICINA MAPFRE	DIRECCION	CIUDAD
272 / 732	0	1	IBAGUE	Carrera 5 NO. 1 - 70	IBAGUE

TOMADOR	NIT / CC	DIRECCIÓN	CIUDAD	TELEFONO
VARGAS QUINTERO VICKY ALEXANDRA	1110523183	TV 71 # 140 - 32	IBAGUE	

ASEGURADO	NIT / CC	DIRECCIÓN	CIUDAD	TELEFONO
VARGAS QUINTERO VICKY ALEXANDRA	1110523183	TV 71 # 140 - 32	IBAGUE	

ASEGURADO	NIT / CC	DIRECCIÓN	CIUDAD	TELEFONO
N.D.	N.D	N.D.	N.D.	

BENEFICIARIO	NIT / CC	DIRECCIÓN	CIUDAD	TELEFONO
CUALQUIER TERCERO AFECTADO	N.D.	N.D	N.D.	N.D.

PARTICIPACIÓN DE INTERMEDIARIOS

NOMBRE DEL PRODUCTOR	CLASE	CLAVE	TELEFONO	% PARTICIPACION
BARRETO CASTILLO CLARA INES	AGENTE INDEPENDIENTE	13011	3245023571	100.00

INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA POLIZA						VIGENCIA CERTIFICADO					
DÍA	MES	AÑO		HORA	DIA	MES	AÑO	No. DIAS		HORA	DIA	MES	AÑO	No. DIAS
4	2	2026	INICIACIÓN	00:00	4	2	2026	365	INICIACIÓN	00:00	4	2	2026	365
			TERMINACIÓN	00:00	4	2	2027		TERMINACIÓN	00:00	4	2	2027	

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

ACTIVIDAD	ODONTOLOGÍA GENERAL
ESPECIALIDAD	ODONTOLOGÍA GENERAL
DIRECCIÓN DEL RIESGO	
DEPARTAMENTO	TOLIMA
CIUDAD	IBAGUE



COBERTURAS

COBERTURAS	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE
R.C. actos médicos - Medicos	$200.000.000,00	15 % PERD min 1000000 (PESOS COLOMBIANOS)
Costos de defensa	$20.000.000,00	10 % PERD
Responsabilidad Civil acto médico o dependiente	$200.000.000,00	10 % PERD Min 1000000 (PESOS COLOMBIANOS)
Asistencia medica emergencia	$2.000.000,00	10 % PERD

Profesionalmente... Seguro

R-C



Carné Digital de Vacunación

Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 8d02b0-6a4-474-9133-d2[illegible]157

Nombres y apellidos / Full name: VICKY ALEXANDRA VARGAS QUINTERO

Tipo de identificación / ID Type: CEDULA DE CIUDADANIA

Número de identificación / ID Number: 1[illegible]3

Fecha de nacimiento / Date of birth: 04/04/1992

País nacimiento / Country of birth: COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number: 3132005882

Correo electrónico / e-mail:

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación / Date of application: Día / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratorio	Número de Lote / Lot number	IPS Vacunadora / Vaccination center	Nombres y apellidos del vacunador / Name of vaccinator
TD Adulto	Primera	16	8	2013		024B1608B	IBAGUE USI ESE JORDAN 8 ETAPA	
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	16	8	2013		1307401	IBAGUE USI ESE JORDAN 8 ETAPA	
TD Adulto	Segunda	12	8	2015		D2221	IBAGUE CORPORACION IPS TOLIMA	
Fiebre Amarilla	Única	10	9	2015		L50461	IBAGUE UNIDAD DE PREVENCION Y	
VPH	Primera	10	9	2015		J005613	IBAGUE UNIDAD DE PREVENCION Y PROMOCION MACARENA	
COVID JANSSEN	Única	3	2	2022	Janssen	206H21A	OCAÑA PUNTO DE VACUNACION EMIRO QUINTERO CAÑIZAREZ	MARCIA LISGREY LEON FLOREZ

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

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

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

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

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

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

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

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

Scotiabank. COLPATRIA

SCOTIABANK COLPATRIA S.A.
NIT. 860.034.594-1

CERTIFICA QUE:

La cuenta de ahorros No. 5752035488 , con fecha de apertura 1 de Octubre de 2020 , de la cual es titular:

El (la) señor(a): VICKY ALEXANDRA VARGAS QUINTERO
Identificado(a) con tipo de documento C No. 1.110.523.183

La cuenta en mención ha sido manejada de acuerdo a las normas establecidas por la entidad.

Damos esta información con la acostumbrada reserva bancaria.

La presente se expide a solicitud del interesado a los 2 días del mes de Febrero de 2026 .

Cordialmente,

Servicio al Cliente

Scotiabank Colpatria S.A.
www.scotiabankcolpatria.com
Scotiabank COLPATRIA

Scotiabank Colpatria, S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

scotiabankcolpatria.com

®Marca registrada de The Bank of Nova Scotia, utilizada bajo licencia. Scotiabank Colpatria Establecimiento Bancario.