FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
VEGA	CRUZ	RUBY YANETH

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 23467463	F ⊗ M ○ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 11 MES 09 AÑO 1975	CALLE 7N 11 44 casa Palmarito			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	CASANARE
DEPTO	CASANARE	MUNICIPIO	TAURAMENA		
MUNICIPIO	TAURAMENA	TELÉFONO		EMAIL	yanethvega75@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	11	AÑO	1993

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	4	X			06	2003	

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 LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	09	*Mes*	10	*Año*	2025	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 'TECNICO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* 1.2.6 DIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA						*DIRECCIÓN* CARRERA 15 8 63					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	07	*Mes*	01	*Año*	2025	*Día*	07	*Mes*	10	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 'TECNICO ADMINISTRATIVO I	*DEPENDENCIA* AADMINISTRATIVA Y FINANCIERA						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 8 63					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3125470952	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	10	*Mes*	01	*Año*	2024	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA					*DIRECCIÓN* CARRERA 15 8 63						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3125470952	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	16	*Mes*	06	*Año*	2023	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* AADMINISTRATIVA Y FINANCIERA					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 8 63						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3125470952	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	11	*Mes*	01	*Año*	2023	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 BIS 8 63						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 310759101	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	01	*Año*	2022	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIV Y FINANCIERA					*DIRECCIÓN* CARRERA 15 8 63						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3107591010	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	07	*Mes*	10	*Año*	2021	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PRESUPUESTO					*DIRECCIÓN* CARRERA 15 8 63						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3232287772	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	07	*Mes*	07	*Año*	2021	*Día*	06	*Mes*	10	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FINANCIERA						*DIRECCIÓN* Cra 15 No 8-63					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3107591010	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	07	*Mes*	01	*Año*	2021	*Día*	06	*Mes*	07	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PRESUPUESTO						*DIRECCIÓN* CARRERA 15 8 63					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6247118	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	01	*Año*	2020	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PRESUPUESTO						*DIRECCIÓN* CARRERA 15 8 63					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3125470952	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	01	*Año*	2019	*Día*	02	*Mes*	09	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PRESUPUESTO						*DIRECCIÓN* CARRERA 15N 8 63					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3125470952	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	27	*Mes*	11	*Año*	2018	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PRESUPUESTO						*DIRECCIÓN* CARRERA 15N 8 63					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3125470952	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	10	*Mes*	10	*Año*	2018	*Día*	24	*Mes*	11	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PRESUPUESTO						*DIRECCIÓN* CARRERA 15N 8 63					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6247118	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	10	*Mes*	01	*Año*	2018	*Día*	09	*Mes*	10	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PRESUPUESTO						*DIRECCIÓN* CARRERA 15N 8 63					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3125470952	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	06	*Mes*	01	*Año*	2017	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FINANCIERA						*DIRECCIÓN* CARRERA 15N 8 63					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3125470952	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	14	*Mes*	10	*Año*	2016	*Día*	28	*Mes*	12	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FINANCIERA						*DIRECCIÓN* CARRERA 15N 8 63					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3125470952	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	14	*Mes*	07	*Año*	2016	*Día*	13	*Mes*	10	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FINANCIERA						*DIRECCIÓN* CARRERA 15N 8 63					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3125470952	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	13	*Mes*	01	*Año*	2016	*Día*	13	*Mes*	07	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FINANCIERA					*DIRECCIÓN* CARRERA 15 8 63						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3125470952	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	29	*Mes*	05	*Año*	2015	*Día*	12	*Mes*	01	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FINANCIERA					*DIRECCIÓN* CARRERA 15 8 63						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3125470952	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	29	*Mes*	01	*Año*	2015	*Día*	28	*Mes*	05	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FINANCIERA					*DIRECCIÓN* CARRERA 15 8 63						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3125470952	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	29	*Mes*	07	*Año*	2014	*Día*	28	*Mes*	01	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FINANCIERA					*DIRECCIÓN* CARRERA 15 8 63						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3125470952	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	26	*Mes*	04	*Año*	2013	*Día*	25	*Mes*	07	*Año*	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FINANCIERA					*DIRECCIÓN* CARRERA 15 8 63						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD MEDISALUD CTA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOYACÁ	*MUNICIPIO* PAIPA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7852443	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	23	*Mes*	08	*Año*	2010	*Día*	23	*Mes*	01	*Año*	2011
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* FINANCIERA						*DIRECCIÓN* CALLE 25 20 60					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3125470952	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	26	*Mes*	04	*Año*	2008	*Día*	27	*Mes*	01	*Año*	2009
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FINANCIERA						*DIRECCIÓN* CARRERA 15 8 63					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3125470952	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	23	*Mes*	08	*Año*	2007	*Día*	22	*Mes*	03	*Año*	2008
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FINANCIERA						*DIRECCIÓN* CARRERA 15 8 63					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3125470952	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	20	*Mes*	02	*Año*	2007	*Día*	19	*Mes*	08	*Año*	2007
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FINANCIERA						*DIRECCIÓN* CARRERA 15 8 63					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3125470952	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	20	*Mes*	10	*Año*	2006	*Día*	19	*Mes*	02	*Año*	2007
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FINANCIERA						*DIRECCIÓN* CARRERA 15 8 63					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3125470952	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	20	*Mes*	01	*Año* 2006	*Día*	19	*Mes*	10	*Año*	2006	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FINANCIERA					*DIRECCIÓN* CARRERA 15 8 63						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD COOPERATIVA DE TRABAJADORES ASOCIADOS DE TAURAMENA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3103345132	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	11	*Mes*	09	*Año* 2002	*Día*	15	*Mes*	02	*Año*	2006	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FINANCIERA					*DIRECCIÓN* CALLE 17A 13 25						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3125470952	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	22	*Mes*	07	*Año* 2002	*Día*	21	*Mes*	09	*Año*	2002	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FINANCIERA					*DIRECCIÓN* CARRERA 15 8 63						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3125470952	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	20	*Mes*	05	*Año* 2002	*Día*	19	*Mes*	06	*Año*	2002	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FINANCIERA					*DIRECCIÓN* CARRERA 15 8 63						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3125470952	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	18	*Mes*	04	*Año* 2002	*Día*	17	*Mes*	05	*Año*	2002	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FINANCIERA					*DIRECCIÓN* CARRERA 15 8 63						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3125470952	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	18	*Mes*	09	*Año*	2001	*Día*	17	*Mes*	01	*Año*	2002
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FINANCIERA					*DIRECCIÓN* CARRERA 15 8 63						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3125470952	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	07	*Año*	2001	*Día*	17	*Mes*	09	*Año*	2001
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FINANCIERA					*DIRECCIÓN* CARRERA 15 8 63						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3125470952	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	18	*Mes*	04	*Año*	2001	*Día*	17	*Mes*	06	*Año*	2001
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FINANCIERA					*DIRECCIÓN* CARRERA 15 8 63						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3125470952	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	18	*Mes*	01	*Año*	2001	*Día*	17	*Mes*	04	*Año*	2001
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FINANCIERA					*DIRECCIÓN* CARRERA 15 8 63						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CONSULTORIAS Y SERVICIOS FINANCIEROS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3103417798	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	09	*Año*	1998	*Día*	15	*Mes*	01	*Año*	2001
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO DE PRESUPUESTO	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 3 67						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS							
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO					
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
	Día:		Mes:		Año:		Día:		Mes:		Año:	
AREA DE CONOCIMIENTO	NIVEL EDUCATIVO					DIRECCIÓN					

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	3	11
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2	9
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	15	10
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 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 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 Tauramena, Octubre 6 /2026

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Oct 6- 2026

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

sigepII FUNCIÓN PÚBLICA

FORMULARIO UNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, RUBY YANETH VEGA CRUZ

IDENTIFICADO CON: C.C X C.E. T.I. N° 23.467.463 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	COLOMBIA	Departamento	CASANARE	Municipio	TAURAMENA
Dirección				Teléfonos	

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
LEIDY MARIANA ALFONSO VEGA	1,115,912,644	HIJA
WENDY TATIANA ALFONSO VEGA	1,115,916,481	HIJA
JEFFERSSON VEGA CRUZ	1,115,913,896	HIJO

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESION** **PARA RETIRARME** **PARA ACTUALIZACION** **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** ,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	42,286,933
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	$ 42,286,933

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCOLOMBIA	AHORROS	36916855359	TAURAMENA	$ 1,000,000
BANCOAGRARIO	AHORROS		TAURAMENA	$ -

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
CASA LOTE		$ 50,000,000
FINCA VEREDA AGUAMACO	LOTE No. 6 FINCA EL RUBI	$ 12,000,000
10% CASA LOTE	CALLE 2 12 34	$ 10,000,000
SEMOVIENTES	GANADO BOVINO	$ 20,000,000

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
TUYA S.A	TARJETA CREDITO ALKOSTO	$ 1,500,000
BANCOLOMBIA	TARJETA CREDITO	$ 1,900,000
BANCO AGRARIO	INVERSION ORDINARIA	$ 800,000
BANCO AGRARIO	CAPITAL DE TRABAJO	$ 25,000,000
FALABELLA	INVERSION ORDINARIA	$ 6,000,000

1.2. DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c)En la actualidad: **SI** **NO** tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	N°
NESTOR ALFONSO ROA	C.C. X C.E. T.I.	79.566.604

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION
GANADERIA	50%

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Tauramena, Octubre 6/2026
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

DECLARACION JURAMENTADA INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

De acuerdo con lo establecido en el artículo 11 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011) y en el artículo 40 de la Ley 734 de 2002, declaro tener conocimiento de las situaciones que pueden constituir un conflicto de intereses, así como la importancia de identificarlos y declararlos preventivamente en cumplimiento de la política de integridad pública (Decreto 1499 de 2017).

Yo, Ruby Yaneth Vega Cruz, identificado (a) con la cedula de ciudadanía No. 23467463 de Tauramena, manifiesto bajo la gravedad del juramento, de conformidad con los decretos 1557 y 2282 de 1989 y el artículo 299 del C.P.C., lo siguiente:

PRIMERO: Bajo gravedad de juramento declaro que no me encuentro incurso dentro de las causales de inhabilidad e incompatibilidad legal establecidas en la Constitución Nacional, ni el artículo 8 de la ley 80 de 1993 y normas concordantes y que, tampoco, me hallo en ninguno de los eventos de prohibición especial para contratar con el Estado; en especial, que no aparezco reportado en el boletín de Responsables Fiscales vigentes, expedido por la Contraloría General de la República, de acuerdo con lo previsto en el artículo 60 de la Ley 610 de 2000, en concordancia con el numeral 4 del artículo 38 de la Ley 734 de 2002, ni en los boletines de deudores morosos de las Entidades Estatales, según lo dispuesto en el parágrafo 3 de la Ley 716 de 2001.

SEGUNDO: Igualmente, declaro, bajo la gravedad de juramento, que NO TENGO PROCESOS ALIMENTARIOS PENDIENTES EN CONTRA, ante la jurisdicción civil, ni penal y que cumpliré con mis obligaciones de familia.

Lo anterior está sujeto a veracidad probatoria.

Se firma la presente a los 6 días del mes de Octubre del año 2026

Nombre: Ruby Yaneth Vega C.
C.C. No. 23.467463

DECLARACIÓN DE CONFLICTO O NO CONFLICTO DE INTERESES

Yo, Ruby Yaneth Vega Cruz identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 23467463 de Tauramena, manifiesto conocer las implicaciones legales de incurrir en alguna de las causales de conflicto de interés, inhabilidad o incompatibilidad y me comprometo a informar cualquier conflicto que a nivel personal llegue a comprometer la estabilidad económica, moral y particular a esta entidad.

Tipo de vinculación:

Empleado público de libre nombramiento y remoción	
Empleado público de carrera administrativa	
Empleado público con nombramiento provisional	
Empleado público con nombramiento temporal	
Empleado público de periodo	
Contratista de prestación de servicios	X

Declaro a la firma de este documento que:

Sí:_____ No:__X__ me encuentro en una situación de conflicto de intereses real.

Si su respuesta fue "sí", proceda a llenar la causal de conflicto de intereses:

La causal de conflicto consiste en:

_____
_____
_____
_____

Por lo anterior, solicito se estudie y comunique la decisión que se tome.

Si su respuesta fue "no", pero se encuentra en una situación de conflicto de interés aparente, describa dicha situación y ofrezca toda la información necesaria para demostrar que dicho conflicto no es ni real ni potencial:

Descripción de la situación:

_____
_____
_____
_____

Información relacionada:

_____
_____
_____

Firma _____

Cédula de ciudadanía No. 23467463 de Tauramena

Fecha 6-10-2026

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **23.467.463**

VEGA CRUZ

APELLIDOS

RUBY YANETH

NOMBRES

Ruby Yaneth Vega

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-SEP-1975**

TAURAMENA
(CASANARE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57	**B+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

29-OCT-1993 TAURAMENA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-4685000-00161336-F-0023467463-20090706 **0013**090512A 1 30883186

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

FORMATO DE COMPROMISO DE ANTICORRUPCIÓN

Información General

Nombre completo: Ruby Yaneth Vega Cruz

Tipo y Número de identificación: cc. # 23.467.463

Dirección: Calle 7 # 11-44

Teléfono: 3167591018

Correo electrónico: YanethVega73@6mail.com

Objeto del contrato:
Desarrollar el cumplimiento de las actividades relacionadas con el Subproceso de presupuesto y el procedimiento de nómina, acorde con el sistema integrado de gestión de la E.S.E. Hospital Local de Tauramena

COMPROMISO DE ANTICORRUPCIÓN

El suscrito, en calidad de Contratista, manifiesto libre y voluntariamente que:

1. Reconozco y respaldo el compromiso del Estado colombiano y de la E.S.E Hospital Local de Tauramena con la transparencia, la probidad y la lucha contra la corrupción en todos los procesos contractuales.

2. Me comprometo a apoyar y respetar las acciones y políticas institucionales orientadas al fortalecimiento de la transparencia, la legalidad, y el ejercicio efectivo del control social y de la rendición de cuentas en el marco del presente proceso contractual.

3. Declaro que no he ofrecido, ni ofreceré, ni entregaré dádivas, sobornos, favores, regalos, pagos en especie, invitaciones, ni ningún otro tipo de incentivo indebido a funcionarios públicos o a terceros relacionados con el proceso de contratación, con la finalidad de influir de manera ilegítima en el desarrollo del mismo o en la ejecución del contrato.

4. Me abstendré de realizar cualquier acuerdo, pacto o conducta que conlleve colusión, reparto, manipulación o alteración indebida de las condiciones del proceso de selección, así como de cualquier práctica que atente contra la libre y sana competencia.

5. Declaro que mis actuaciones se rigen por los principios de ética, legalidad, integridad y buena fe, y que no se ha incurrido ni se incurrirá en ninguna conducta que comprometa la legalidad del proceso o del eventual contrato derivado del mismo.

6. Acepto que, en caso de incurrir en cualquiera de las conductas anteriormente descritas, asumiré las consecuencias administrativas, contractuales, civiles y penales que se deriven, conforme a lo dispuesto por la legislación colombiana vigente, en especial lo previsto en la Ley 1474 de 2011, el Código Penal, y demás normas aplicables en materia de lucha contra la corrupción.

En constancia de lo anterior, firmo el presente compromiso de manera voluntaria.

Nombres y apellidos: Ruby Yaneth Vega C.

Firma: RVC

C.C. / NIT: 23467463

Lugar y fecha: Tauramena, 6-10-2026

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

El suscrito contratista, identificado como aparece al pie de mi firma, manifiesto en forma libre y voluntaria, de manera unilateral, en mi propio nombre y en el del personal que, de acuerdo con el objeto contractual, llegue a vincular para su ejecución, así como en cumplimiento de los términos establecidos para el desarrollo del siguiente objeto contractual:

Desarrollar el cumplimiento de las actividades relacionadas con el subproceso de presupuesto y el procedimiento de nómina, acorde con el sistema integrado de Gestión de la E.S.E.

Me comprometo a cumplir con el COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD frente al proceso de contratación a ejecutar.

Reconozco que es mi responsabilidad guardar estricta reserva sobre la información confidencial, clasificada o reservada a la cual tenga acceso o conocimiento durante el desarrollo del proceso contractual.

En caso de contar con personal vinculado para la ejecución del contrato, me comprometo a impartir las instrucciones necesarias para que se dé cumplimiento riguroso al presente compromiso de confidencialidad, garantizando que dichos terceros no divulguen, publiquen, comuniquen ni revelen información confidencial a funcionarios o personas no autorizadas para recibirla.

Me comprometo a actuar con la mayor diligencia en la custodia, uso y tratamiento de la información confidencial, absteniéndome de entregar dicha información, incluso a funcionarios de la entidad, que no cuenten con la debida autorización. En todo caso, dicha entrega solo podrá efectuarse mediante autorización previa, expresa y por escrito del titular de la información o de la persona responsable de la Seguridad de la Información en la entidad.

Me comprometo también a no publicar información alguna por medios de comunicación electrónicos, digitales o físicos que permita el acceso de terceros no autorizados a información confidencial, clasificada o reservada de la institución.

En caso de incumplimiento, acepto asumir la responsabilidad individual o solidaria por cualquier trasgresión que se derive de mi actuar o del actuar de las personas vinculadas para la ejecución del contrato, incluyendo la obligación de resarcir o indemnizar civil, penal y administrativamente a la E.S.E Hospital Local de Tauramena por los daños ocasionados, hasta el restablecimiento pleno de su situación jurídica.

El presente Compromiso de Confidencialidad, así como las obligaciones derivadas del mismo, permanecerán vigentes aún después de finalizado el vínculo contractual, conforme a lo establecido en la Ley 1474 de 2011 (Estatuto Anticorrupción) y atendiendo a la naturaleza sensible de la información que maneja la entidad, sin límite de tiempo.

Firma del contratista: _____

Nombre completo: Ruby Yaneth Vega C.

Tipo y número de identificación: CC. # 23467463

Ciudad y Fecha: Tauramena, 6-10-2026

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

El suscrito contratista, en cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, manifiesto que he sido informado por parte de la E.S.E Hospital Local de Tauramena, sobre lo siguiente:

1. Que la E.S.E Hospital Local de Tauramena, en calidad de responsable del Tratamiento de mis datos podrá recolectar, almacenar y usar mis datos personales de los cuales soy titular, conforme a su Política de Tratamiento de Datos Personales de la entidad y normatividad aplicable.

2. Que es de carácter facultativo o voluntario responder preguntas sobre datos sensibles o sobre menores de edad.

3. Que como titular de los datos personales tengo derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de los mismos.

4. Que dichos derechos podrán ser ejercidos a través de los canales dispuestos por la E.S.E Hospital Local de Tauramena, y de conformidad con lo establecido en su Política de Tratamiento de Datos Personales.

5. Que cualquier requerimiento relacionado con el tratamiento de mis datos personales podrá ser radicado a través del correo electrónico: esehospitaltauramena@esehospital-tauramena-casanare.gov.co.

6. Que la E.S.E Hospital Local de Tauramena garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos personales.

7. Que la E.S.E se reserva el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, informando y publicando oportunamente dichos cambios en su página web.

Por lo anterior, AUTORIZO de manera voluntaria, previa, expresa, informada e inequívoca a la Empresa Social del Estado Hospital Local de Tauramena, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales, para los fines relacionados con su objeto social, y en especial para los fines legales, contractuales y misionales descritos en dicha política.

Declaro que la información suministrada es verídica y ha sido entregada de manera voluntaria.

Firma del contratista: _____

Nombre completo: Ruby Yaneth Vega C.

Tipo y número de identificación: CC. 23467463

Fecha: 6- Octubre 2026

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141097363483

(415)7707212489984(8020) 000014109736348 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
2 3 4 6 7 4 6 3	5	Impuestos y Aduanas de Yopal	4 4	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	2 3 4 6 7 4 6 3	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Casanare 8 5	Tauramena 4 1 0

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
VEGA	CRUZ	RUBY	YANETH

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Casanare 8 5	Tauramena 4 1 0

41. Dirección principal
CL 7 11 44

42. Correo electrónico yanethvega75@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 0 7 5 9 1 0 1 0	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
7 4 9 0	2 0 1 8 0 7 1 3	6 9 2 0	2 0 1 8 0 7 1 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 5	4 9																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

REPÚBLICA DE COLOMBIA

DEPARTAMENTO DEL META

EL INSTITUTO DE EDUCACIÓN NO FORMAL

POLITÉCNICO AGROINDUSTRIAL

Con Resolución 01731 de 1994 y 1298 de 1996 de la Secretaría de Educación del Meta

Confiere a:

Ruby Yaneth Vega Cruz

C.C. 23.467.463 de Tauramena

EL PRESENTE CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL

Técnico en:

Administración Financiera y Auditoría

POR CUANTO CURSÓ Y APROBÓ SATISFACTORIAMENTE LAS ASIGNATURAS DEL ÁREA CON UNA INTENSIDAD DE *1100* HORAS.

Rector
RECTORIA

Director Académico
Dirección Académica

Secretario
SECRETARIA

Expedido en: *Villavicencio* a los *Veinticinco* (25) días del mes de *Julio* de 200 3

Serial No. 1380

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
ALCALDÍA DE VILLAVICENCIO
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN MUNICIPAL
NIT. 892.099.324-3

EL SUSCRITO DELEGADO DE LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO (META), ANTE EL MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

CERTIFICA:

Que revisada la documentación de las Instituciones de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano que reposan en la Secretaría de Educación Municipal, se encontró el Instituto para el Trabajo denominado: INSTITUTO POLITÉCNICO AGROINDUSTRIAL, el cual cuenta con la Resolución No.0173 del 22-II/94, como Director aparece el Licenciado OMAR GUALTEROS VILLAREAL, portador de la cédula No.17.157.556 de Bogotá.

NO SE ASUME LA RESPONSABILIDAD DEL TEXTO DEL DOCUMENTO

Se expide en Villavicencio, a los 17 días del mes de marzo del año 2011.

DANIEL EDUARDO GARCÍA PÉREZ
SUPERVISOR.

INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE CULTURA DEL META
$1.000
PROCULTURA
Por nosotros mismos

Resoluciones: 01731/94 y 1298/96 Secretaría de Educación del Meta
Resolución 0018 de 2003 Secretaría de Educación de Villavicencio

ACTA INDIVIDUAL DE CERTIFICACIÓN TECNICO LABORAL

En la ciudad de Villavicencio a los veinticinco 25 días del mes de Julio de 2.003, se reunieron con el fin de formalizar la certificación de los estudiantes en los diferentes programas de Capacitación Técnica Ocupacional, los suscritos Rector, Miembros de la Junta Directiva, Profesorado y comunidad en general del Instituto Politécnico Agroindustrial aprobado según resolución No.1298 de 1996 emanada de la Secretaría de educación del Meta, y que rige en el desarrollo del proyecto educacional según lo estipulado en el capítulo 2 del código Nacional de Educación (Ley 115 de Febrero 8 de 1994 y ley 30 de Diciembre 28 de 1992) en lo que respecta a la formación de recursos humanos para los diferentes sectores de la economía.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes en los diferentes niveles de programas de capacitación, se procede a otorgar el Certificado de Técnico en: **ADMINISTRACION FINANCIERA Y AUDITORIA,** registrado con el serial No. 1380; al estudiante cuyos nombres apellidos y número de documento de identidad se relaciona a continuación:

RUBY YANETH VEGA CRUZ
C.C. 23.467.463. de Tauramena

Se sustenta en el acta No. 15 de fecha **VEINTICINCO DE julio de 2003**, Promoción que consta de 156 estudiantes graduados, comenzando con el serial No.1344 que corresponde a, **ALONSO PIÑEROS ERICA LISBETH** del programa **ADMINISTRACION FINANCIERA Y AUDITORIA** y cierra con el serial No. 1499 que corresponde a: **NAVARRO QUIROZ PAOLA ANDREA** del programa **SECRETARIADO EJECUTIVO BILINGÜE.**

En constancia firma y sella la presente por los integrantes de la Junta Directiva del Instituto.

Dr. JOSE ALBERTO NIETO ROJAS
Rector

Dr. OMAR GUALTEROS VILLARREAL
Director Académico.

Dr. WILSON SOTOMONTE CARRILLO
Director de Proyectos Institucionales.

OLGA LUCIA ALVARADO OLARTE
Coordinadora Académica.

CLAUDIA MARCELA RUEDA OSSA
Secretaria General.

Villavicencio: Sede "A" - Barrio San Fernando. Cra 31A No. 34-35 Tel: 6621839 - 6715576 - 6627681 **Sede "B"** - Barrio El Barzal, Cra 35 No. 34A-15 Tel. 6635302 - **Sede "C"** - Barrio El Barzal Colegio Paulo VI, Cra. 34 No. 35-21 Tel. 6630832 - **Sede "D"** - Barrio El Barzal. Calle 35 No. 34-55 Tel. 6630645 - **Sede "E"** - Barrio El Barzal, Cra 36 No. 34A-37 Tel. 6630713 - Celular Institucional: 315 8282293 - **Acacías:** Calle No. 15-87 Centro Tel. 6561200 - **Granada:** Calle 15 No. 13-24 Centro Tel 6564486 - **Yopal (Casanare):** Calle 9 No. 23-30 Centro. Tel. 6355263 - **San José del Guaviare:** Calle 17 No. 21-28 Local 1, Barrio Bello Horizonte, Tel. 5849177
Bachillerato semestralizado por ciclos (a través de módulos)
e-mail: informacion@poliagro.edu.co - pág. web www.poliagro.edu.co

"Capacitando hoy, el hombre del mañana con criterio social"

INSCRIPCION

INSCRIPCION DANE

COLEGIO NACIONALIZADO
JOSE MARIA CORDOBA
TELEFONOS 247119 Y 247120 TAURAMENA, CASANARE

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

En la ciudad de Tauramena, Casanare *a los* veintiseis (26) *días del mes de* noviembre *del año* 1993, *se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último Grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría del* Colegio José María Córdoba *Institución aprobada hasta* 1994 *en el Nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad Comercial según Resolución No.* 03965 *del* veintidos (22) *de* octubre *de 19* 92 *Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el Título de Bachiller* Comercial *al graduando cuyo nombre, apellido y número del documento de identificación se relaciona a continuación:* RUBY YANETH VEGA CRUZ, C.C. NRO 23'467.463 expedida en Tauramena, Casanare.

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 014 *de fecha* noviembre 26 de 1993 *que consta de* catorce (14) *alumnos que comienza con el nombre de* HILTON ALFONSO AMAYA ZORRO *y se cierra con el nombre de* RUBY YANETH VEGA CRUZ

Rector: Lic. BERNARDO SOLANO

Secretario: ZORAIDA PERILLA VALLEJO

Dada en Tauramena, Casanare *a los* once (11) *días del mes de* marzo *de 19* 94

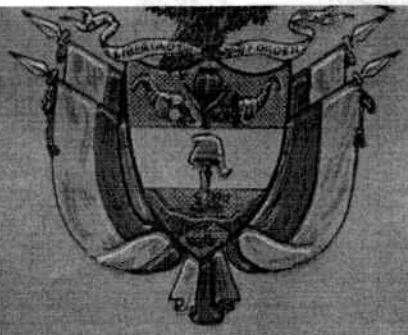
Firmado y Sellado por:

Rector

Secretario

C. C. No. 19'[illegible] de Bogotá

C. C. No. [illegible]



LA REPUBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

EL COLEGIO NACIONALIZADO
JOSE MARIA CORDOBA

AUTORIZADO POR LA SECRETARIA DE EDUCACION DEL
DEPARTAMENTO DE CASANARE.
SEGUN RESOLUCION No. 03965 DEL 22 DE OCTUBRE DE 1992
CONFIERE A

RUBY YANETH VEGA CRUZ

C.C. 23.467.463, TAURAMENA CASANARE

EL TITULO DE

BACHILLER COMERCIAL

POR HABER CURSADO Y APROBADO LOS ESTUDIOS CORRESPONDIENTES
AL NIVEL DE EDUCACION MEDIA VOCACIONAL, SEGUN LOS PLANES
Y PROGRAMAS VIGENTES.

RECTOR

SECRETARIA

DADO EN TAURAMENA a los 26 días de Noviembre DE 1993

ANOTADO AL FOLIO 1 DEL LIBRO DE REGISTRO Nº 1

SECRETARIO DE EDUCACION

REPÚBLICA DE PANAMÁ
INSTITUTO SUPERIOR POLITÉCNICO DE AMÉRICA
Resuelto de Funcionamiento 66/2001

y el

INSTITUTO POLITÉCNICO AGROINDUSTRIAL
Resolución 1298/96 S.E.M / Colombia

Confieren a:

Ruby Yaneth Vega Cruz

Diplomado como Técnico Especialista

en:

Finanzas y Auditoría

Por cumplir con procedimientos y requisitos formales de suficiencia y convalidación Académica orientada en Villavicencio República de Colombia. Intensidad horaria 160 horas.

En Villavicencio *a los* Veinticinco (25) días *del mes* Julio *de* 2003

Secretaría General
INSPA

Rectoría
INSPA

Consejo Académico
Instituto Politécnico Agroindustrial

Serial 1.386

Universidad de La Sabana

FORUM
formación ejecutiva

CÁMARA DE COMERCIO
CASANARE

Certifica que:

Ruby Yaneth Vega Cruz

C.C. 23.467.463 de Tauramena

Ha participado y aprobado el Diplomado en:

Normas Internacionales de Contabilidad para el Sector Público

Con una intensidad de noventa *(90)* horas

Bogotá D.C. Octubre de 2015

orge David Páez Monroy
etor General Instituto Forum
Universidad de La Sabana

Carlos Rojas Arenas
Presidente Ejecutivo
Cámara de Comercio de Casanare

LA ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Creada por la Ley 19 de 1958

Dirección Territorial Boyacá - Casanare

Dirección de Capacitación - Boyacá

CERTIFICA QUE:

RUBY YANETH VEGA CRUZ
C.C 23.467.463

PARTICIPÓ en el SEMINARIO

CURSO EN PRESUPUESTO PÚBLICO.

Realizado en Tunja, Boyacá entre el 11 y el 21 de Octubre de 2022

Con una intensidad de 16 horas, Se expide en TUNJA, el 21 de Octubre de 2022

ENRIQUE CABALLERO BORDA

Director Territorial Boyacá - Casanare - ESAP

El futuro es de todos

Para verificar la autencidad del certificado, ingrese a https://sirecec3.esap.edu.co y digite el código.

Código: 6fd9fca0-c3cc-43fd-aed8-3651570a538a

LA COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO CONSULTORIA EMPRESARIAL Y DESARROLLO ASOCIATIVO "CEDA C.T.A." NIT 830.136.101-1

CERTIFICA:

Que el señor(a) **RUBY YANETH VEGA CRUZ**, identificado(a) con cédula de Ciudadanía No 23467463 expedida Villavicencio, Estuvo vinculado (a) a esta Cooperativa desde el 28de Enero del 2011 hasta el 25 abril de 2013, habiéndole asignado esta cooperativa un puesto de trabajo como TECNICO EN PRESUPUESTO, en los procesos y subprocesos a cargo de CEDA C.T.A.

Se expide, a solicitud del interesado en Villavicencio a los dos (02) días del mes de mayo de 2013.

Cordialmente,

OSCAR SANCHEZ PABON

JEFE DE NOMINA

Consultorías y Servicios Financieros
José Joaquín Alfonso Roa
Contador Público

CERTIFICADO DE TRABAJO

Para dar cumplimiento a la obligación 7ª del Art. 57 del Código sustantivo del trabajo

CERTIFICAMOS:

*Que **RUBY YANETH VEGA CRUZ,** identificada con la Cédula de Ciudadania No. **23.467.463** de Tauramena (Casanare), prestó sus servicios a esta empresa durante el periodo comprendido entre el **01 de septiembre/98** y el **15 de enero/2001**, desempeñando el cargo de **TECNICO DE PRESUPUESTOS,** el cual desempeñó en el área de Financiera de La **ESE HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA.** con una asignación salarial de $700.000 mensuales y su retiro se debió a término de labor contratada.*

La presente se expide a solicitud de la interesada, en la ciudad de Tauramena, a los dieciseis (16) días del mes de enero del año dos mil uno (2.001)

JOSE JOAQUIN ALFONSO ROA
Representante Legal

Cra. 14 # 3 - 67 Teléfono: (098) 6247422 - Tauramena (Casanare)

Tauramena, Octubre 22 de 2025

LA SUBGERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA

HACE CONSTAR:

Que una vez revisado el Archivo Histórico de esta entidad reposa documentación en la cual consta que **RUBY YANETH VEGA CRUZ** Identificada con Cédula de Ciudadanía No. 23.467.463 de Tauramena, ejecuta Contrato de Prestación de Servicios, que se relacionan a continuación:

CLASE DE ORDEN	FECHA	OBJETO	PERIODO CONTRATADO	VALOR
ORDEN DE SERVICIO No. 009	ENERO 18 DE 2001	SERVICIOS TECNICOS EN EL AREA DE PRESUPUESTO Y NOMINA DE LA E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA	3 MESES	3.096.624
ORDEN DE SERVICIOS No. 044	ABRIL 18 DE 2001	SERVICIOS TECNICOS EN EL AREA DE PRESUPUESTO Y NOMINA DE LA E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA.	2 MESES	2.064.416
ORDEN DE SERVICIOS No. 076	JULIO 3 DE 2001	SERVICIOS TECNICOS EN EL AREA DE PRESUPUESTO Y NOMINA DE LA E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA.	2 MESES Y 15 DIAS	3.096.624
ORDEN DE SERVICIOS No. 110	SEPTIEMBRE 18 DE 2001	SERVICIOS TECNICOS EN EL AREA DE PRESUPUESTO Y NOMINA DE LA E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA.	4 MESES	4.128.832
ORDEN DE SERVICIOS No. 024	ENERO 18 DE 2002	CONTRATAR EL SERVICIO DE APOYO EN PRESUPUESTO Y NOMINA Y ACCIONES TENDIENTES A LA SISTEMATIZACION DE TIPO FINANCIERO DE LA E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA.	3 MESES	3.096.624
ORDEN DE SERVICIOS No. 092	ABRIL 18 DE 2002	CONTRATAR EL SERVICIO DE APOYO EN PRESUPUESTO Y NOMINA Y ACCIONES TENDIENTES A LA SISTEMATIZACION DE TIPO FINANCIERO DE LA E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA.	1 MES	1.032.208
ORDEN DE SERVICIOS No. 102	MAYO 20 DE 2002	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO EN EL AREA FINANCIERA DE LA E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA.	2 MESES	2.064.416
ORDEN DE SERVICIOS No. 141	JULIO 22 DE 2002	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO EN EL AREA FINANCIERA DE LA E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA.	2 MESES	2.064.416
ORDEN DE SERVICIOS No. 008	ENERO 20 DE 2006	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS EN EL AREA DE PRESUPUESTO DE LA E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA.	9 MESES	11.700.000
ORDEN DE SERVICIOS No. 170	OCTUBRE 20 DE 2006	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE PRESUPUESTO EN LA E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE TAURMAENA.	4 MESES	5.200.000
ORDEN DE SERVICIOS No. 048	FEBRERO 20 DE 2007	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE PRESUPUESTO Y COSTOS EN LA E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA.	6 MESES	11.151.000
ORDEN DE SERVICIOS No. 156	AGOSTO 23 DE 2007	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE PRESUPUESTO Y COSTOS EN LA E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA.	7 MESES	11.509.500
ORDEN DE SERVICIOS No. 079	ABRIL 28 DE 2008	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE PRESUPUESTO EN LA E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA.	9 MESES	12.837.825
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 058	ABRIL 26 DE 2013	CONTRATAR LOS SERVICOS DE APOYO TECNICO DE PRESUPUESTO PARA LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA.	15 MESES	33.675.000
CONTRATO DE PRESTACION DE	JULIO 29 DE 2014	CONTRATAR LOS SERVICIOS DE UN TECNICO EN ADMINISTRACION FINANCIERA	6 MESES	14.008.800

SERVICIOS No. 147		Y AUDITORIA TENDIENTE A EFECTUAR LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS RELATIVAS A LA LIQUIDACION DE NOMINA Y ADMINISTRACION PRESUPUESTAL DE LA ENTIDAD ACORDE A LA NORMATIVIDAD QUE RIGE PARA LA E.S.E HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 022	ENERO 29 DE 2015	CONTRATAR LOS SERVICIOS DE UN TECNICO EN ADMINISTRACION FINANCIERA Y AUDITORIA TENDIENTE EFECTUAR LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS RELATIVAS A LA LIQUIDACION DE NOMINA Y ADMINISTRACIÓN PRESUPUESTAL DE LA ENTIDAD ACORDE A LA NORMATIVIDAD QUE RIEGE PARA LA E.S.E HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA.	4 MESES	9.400.000
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 098	MAYO 29 DE 2015	CONTRATAR LOS SERVICIOS DE UN TECNICO EN ADMINISTRACION FINANCIERA Y AUDITORIA TENDIENTE EFECTUAR LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS RELATIVAS A LA LIQUIDACION DE NOMINA Y ADMINISTRACION PRESUPUESTAL DE LA ENTIDAD ACORDE A LA NORMATIVIDAD QUE RIGE PARA LA E.S.E HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA.	7 MESES Y 15 DIAS	17.624.995
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 024	ENERO 13 DE 2016	CONTRATAR LOS SERVICIOS DE UN TECNICO EN ADMINISTRACION FINANCIERA Y AUDITORIA TENDIENTE A EFECTUAR LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS RELATIVAS A LA LIQUIDACION DE NOMINA Y ADMINISTRACION PRESUPUESTAL DE LA ENTIDAD ACORDE A LA NORMATIVIDAD QUE RIGE PARA LA ESE HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA.	6 MESES	14.523.000
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION No. 170	JULIO 14 DE 2017	CONTRATAR LOS SERVICIOS DE UN TECNICO EN ADMINISTRACION FINANCIERA Y AUDITORIA TENDIENTTE A EFECTUAR LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS RELATIVAS A LA LIQUIDACION DE NOMINA Y ADMINISTRACION PRESUPUESTAL DE LA ENTIDAD ACORDE A LA NORMATIVIDAD QUE RIGE PARA LA ESE HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA	3 MESES	7.261.500
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION No. 242	OCTUBRE 14 DE 2016	CONTRATAR LOS SERVICIOS DE UN TECNICO EN ADMINISTRACION FINANCIERA Y AUDITORIA TENDIENTE A EFECTUAR LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS RELATIVAS A LA LIQUIDACION DE NOMINA Y ADMINISTRACION PRESUPUESTAL DE LA ENTIDAD ACORDE A LA NORMATIVIDAD QUE RIGE PARA LA ESE HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA.	2 MESES Y 15 DIAS	6.051.250
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION No. 001	ENERO 6 DE 2017	CONTRATAR LOS SERVICIOS DE UN TECNICO EN ADMINISTRACION FINANCIERA Y AUDITORIA TENDIENTE A EFECTUAR LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS RELATIVAS A LA LIQUIDACION DE NOMINA Y ADMINISTRACION PRESUPUESTAL DE LA ENTIDAD ACORDE A LA NORMATIVIDAD QUE RIGE PARA LA ESE HOSPITAL LOCALDE TAURAMENA.	11 MESES Y 15 DIAS CALENDARIO	27.835.750
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION No. 02	ENERO 10 DE 2018	CONTRATAR LOS SERVICIOS DE UN TECNICO EN ADMINISTRACION FINANCIERA Y AUDITORIA TENDIENTE A EFECTUAR LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS RELATIVAS A LA LIQUIDACION DE NOMINA Y ADMINISTRACION PRESUPUESTAL ACORDE A LA NORMATIVIDAD QUE RIGE PARA LA	9 MESES	23.091.750

		ESE HOSPITAL LOCALDE TAURAMENA.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION No. 215	OCTUBRE 10 DE 2018	CONTRATAR LOS SERVICIOS DE UN TECNICO EN ADMINISTRACION FINANCIERA Y AUDITORIA TENDIENTE A EFECTUAR LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS RELATIVOS A LA LIQUIDACION DE NOMINA Y ADMINISTRACION PRESUPUESTAL ACORDE A LA NORMATIVIDAD QUE RIGE PARA LA ESE HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA	1 MES Y 15 DIAS	3.848.595
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION No. 277	NOVIEMBRE 27 DE 2018	GARANTIZAR EL ACOMPAÑAMIENTO TECNICO QUE PERMITA EFECTUAR LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS RELATIVOS A LA NOMINA Y EN MATERIA PRESUPUESTAL ACORDE A LA NORMATIVIDAD QUE RIGE PARA LA ESE HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA.	1 MES Y 5 DIAS CALENDARIO	2.993.352
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION No. 002	ENERO 03 DE 2019	CONTRATAR LOS SERVICIOS DE UN TECNICO EN ADMINISTRACION FINANCIERA Y AUDITORIA TENDIENTE A EFECTUAR LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS RELATIVOS A LA LIQUIDACION DE NOMINA, ADMINISTRACION, EJECUCION Y CONTROL PRESUPUESTAL ACORDE A LA NORMATIVIDAD QUE RIGE PARA LA ESE HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA.	11 MESES Y 28 DIAS CALENDARIO	32.454.776
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION No. 001	ENERO 03 DE 2020	CONTRATAR LOS SERVICIOS DE UN TÉCNICO EN ADMINISTRACIÓN FINANCIERA Y AUDITORIA TENDIENTE A EFECTUAR LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS RELATIVOS A LA LIQUIDACIÓN DE NOMINA, ADMINISTRACIÓN, EJECUCION Y CONTROL PRESUPUESTAL ACORDE A LA NORMATIVIDAD QUE RIGE PARA LA ESE HOSPITAL LOCAL DÉ TAURAMENA.	11 MESES Y 28 DIAS	34.402.057
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION No. 002	ENERO 7 DE 2021	CONTRATAR LAS ACTIVIDADES DE ASISTENCIA TECNICA RELACIONADAS CON EL MACROPROCESO DE APOYO – GESTION FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA QUE PERMITA EL BUEN FUNCIONAMIENTO Y CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES RELATIVAS AL MAPA DE PROCESOS DE LA ESE HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA	6 MESES	17.297.124
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION No. 161	JULIO 07 DE 2021	CONTRATAR LAS ACTIVIDADES DE ASISTENCIA TECNICA RELACIONADAS CON EL MACROPROCESO DE APOYO - GESTION FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA QUE PERMITA EL BUEN FUNCIONAMIENTO Y CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES RELATIVAS AL MAPA DE PROCESOS DE LA ESE HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA	3 MESES	8.648.532
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION No. 249	OCTUBRE 07 DE 2021	CONTRATAR LAS ACTIVIDADES DE ASISTENCIA TECNICA RELACIONADAS CON EL MACROPROCESO DE APOYO - GESTION FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA QUE PERMITA EL BUEN FUNCIONAMIENTO Y CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES RELATIVAS AL MAPA DE PROCESOS DE LA ESE HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA	2 MESES Y 24 DIAS CALENDARIO	8.071.988
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION No. 001	ENERO 05 DE 2022	CONTRATAR LA ASISTENCIA TÉCNICA PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL SUB-PROCESO DE PRESUPUESTO Y PROCEDIMIENTO DE NÓMINA DEFINIDO EN EL MACROPROCESO DE APOYO TENDIENTE A COADYUVAR EN EL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE GESTIÓN:	11 MESES Y 26 DIAS CALENDARIO	35.956.000

		"MAS SALUD, ES EQUIDAD: UN HOSPITAL QUE NOS UNE" 2020-2024 DE LA ESE HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION No. 001	ENERO 11 DE 2023	CONTRATAR LA ASISTENCIA TÉCNICA PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL SUB-PROCESO DE PRESUPUESTO Y PROCEDIMIENTO DE NÓMINA DEFINIDO EN EL MACROPROCESO DE APOYO TENDIENTE A COADYUVAR EN EL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE GESTIÓN MAS SALUD ES EQUIDAD UN HOSPITAL QUE NOS UNE 2020 2024 DE LA ESE HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA	4 MESES Y 34 DIAS CALENDARIO	16.020.620
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION No. 154	JUNIO 16 DE 2024	DESARROLLAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS AL SUB-PROCESO DE PRESUPUESTO Y PROCEDIMIENTO DE NOMINA DEFINIDO EN EL MACROPROCESO DE APOYO TENDIENTE A COADYUVAR EN EL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE GESTION MAS SALUD ES EQUIDAD UN HOSPITAL QUE NOS UNE 2020-2024 DE LA ESE HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA	5 MESES Y 44 DIAS CALENDARIO	20.181.820
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION No. 001	ENERO 09 DE 2024	DESARROLLAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS AL SUBPROCESO DE PRESUPUESTO Y PROCEDIMIENTO DE NOMINA ACORDE AL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DE LA ESE HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA	11 MESES Y 22 DIAS CALENDARIO	42.286.933
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION No. 001	ENERO 07 DE 2025	DESARROLLAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS AL SUB-PROCESO DE PRESUPUESTO Y PROCEDIMIENTO DE NOMINA ACORDE AL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DE LA ESE HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA.	9 MESES	32.436.000
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION No. 357	OCTUBRE 09 DE 2025	DESARROLLAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS AL SUB-PROCESO DE PRESUPUESTO Y PROCEDIMIENTO DE NOMINA ACORDE AL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DE LA ESE HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA.	2 MESES Y 23 DIAS CALENDARIO	9.971.067

Esta constancia se expide a solicitud de la interesada.

YANETH ESPERANZA MORENO MORA
Subgerente

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

Ruby Yaneth Vega Cruz

CC 23467463 de Tauramena - Casanare

Realizó y aprobó el Curso Estrategia IAMI (Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia) con un total de 120 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-10-06
Fecha de vencimiento: 2027-10-06

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

Ruby Yaneth Vega Cruz

CC 23467463 de Tauramena - Casanare

Realizó y aprobó el Curso de Humanización en la Prestación de Servicios de Salud - Resolución 3100 -2019 con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-10-04
Fecha de vencimiento: 2027-10-04

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Carné Digital de Vacunación Colombia

Salud

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: fe7436a1-ca77-4a0-9f0c-be6d04fbbf

Nombres y apellidos / Full name: **RUBY YANETH VEGA CRUZ**

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

Número de identificación / ID Number: **2 3 4 6 7 4 6 3**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **11/09/1975**

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

Numero de contacto (móvil) / Phone number: **3107591010**

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

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Dia / Day	Mes / Month	Año / Year				
Fiebre Amarilla	Única	10	03	2003		SANOFI	TAURAMENA ESE HOSPITAL LOCAL	HERMES GONZALEZ
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	02	05	2020		V50220006	TAURAMENA ESE HOSPITAL LOCAL	NUBIA EDITH SANCHEZ PINEDA
COVID PFIZER	Primera	31	05	2021	PFIZER	FA7478	TAURAMENA ESE HOSPITAL LOCAL	NIDIA ARIAS
COVID PFIZER	Segunda	23	06	2021	PFIZER	EY0586	TAURAMENA ESE HOSPITAL LOCAL	CLAUDIA CALIXTO GAITAN
COVID MODERNA	Primer Refuerzo	05	01	2022	Moderna Biotech	005H21A	TAURAMENA ESE HOSPITAL LOCAL	HERMES GONZALEZ CACHAY
COVID PFIZER	Segundo Refuerzo	07	09	2022	PFIZER	PCA0074	TAURAMENA ESE HOSPITAL LOCAL	HERMES GONZALEZ CACHAY
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	23	09	2022	Green Cross	V50222010	TAURAMENA ESE HOSPITAL LOCAL	HERMES GONZALEZ CACHAY
Sarampión Rubéola	Adicional	02	12	2024		10122W108	TAURAMENA ESE HOSPITAL LOCAL	CLAUDIA CALIXTO
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	20	05	2025	GC BIOPHARMA CORP	V50525003	TAURAMENA ESE HOSPITAL LOCAL	CLAUDIA CALIXTO GAITAN - CC23467997 - INACTIVO
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	24	08	2026	SEQIRUS	025526	TAURAMENA ESE HOSPITAL LOCAL	HERMES GONZALEZ CACHAY - CC9656141 - ACTIVO

El Mnisterio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraidos 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 Mnistery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

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

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

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

Carné Digital de Vacunación Colombia

Salud

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: b6e29930-b649-4da1-8a55-308fc97cd3e9

Nombres y apellidos / Full name: **RUBY YANETH VEGA CRUZ**

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

Número de identificación / ID Number: **2 3 4 6 7 4 6 3**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **11/09/1975**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3107591010**

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

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination (Dia/Day)	(Mes/Month)	(Año/Year)	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
Fiebre Amarilla	Única	10	03	2003		SANOFI	TAURAMENA ESE HOSPITAL LOCAL	HERMES GONZALEZ
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	02	05	2020		V50220006	TAURAMENA ESE HOSPITAL LOCAL	NUBIA EDITH SANCHEZ PINEDA
COVID PFIZER	Primera	31	05	2021	PFIZER	FA7478	TAURAMENA ESE HOSPITAL LOCAL	NIDIA ARIAS
COVID PFIZER	Segunda	23	06	2021	PFIZER	EY0586	TAURAMENA ESE HOSPITAL LOCAL	CLAUDIA CALIXTO GAITAN
COVID MODERNA	Primer Refuerzo	05	01	2022	Moderna Biotech	005H21A	TAURAMENA ESE HOSPITAL LOCAL	HERMES GONZALEZ CACHAY
COVID PFIZER	Segundo Refuerzo	07	09	2022	PFIZER	PCA0074	TAURAMENA ESE HOSPITAL LOCAL	HERMES GONZALEZ CACHAY
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	23	09	2022	Green Cross	V50222010	TAURAMENA ESE HOSPITAL LOCAL	HERMES GONZALEZ CACHAY
Sarampión Rubéola	Adicional	02	12	2024		10122W108	TAURAMENA ESE HOSPITAL LOCAL	CLAUDIA CALIXTO
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	20	05	2025	GC BIOPHARMA CORP	V50525003	TAURAMENA ESE HOSPITAL LOCAL	CLAUDIA CALIXTO GAITAN - CC23467997 - INACTIVO
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	24	08	2026	SEQIRUS	025526	TAURAMENA ESE HOSPITAL LOCAL	HERMES GONZALEZ CACHAY - CC9656141 - ACTIVO
Hepatitis B Adultos Particular	Primera	30	09	2026		24GHBV015	SERVICIOS MEDICOS DEL CASANARE SAS	NUBIA EDITH SANCHEZ PINEDA - CC1030525421 - ACTIVO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Consérvelo

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	Ruby Yaneth			
Apellidos:	Vega Cruz			
Documento de identidad:	C.C.	T.I.	Pasaporte	No. 23467463
Fecha de Nacimiento:	Día 11	Mes 09	Año 1975	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	03-08-2005	EU-887-A	Luz Dary Saenz
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	04-04-04	02AL1015	Heimsa
	2	02-06-05	02AL1370	Heimsa
	3	03-11-05	02AL1076	Heimsa
	4	05-10-06	02AL1015	Heimsa
	5	10-10-07	02AL1015	Heimsa
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	Unica	10-03-2003	Sanofi Pasteur.	Heimsa
Contra Influenza		24-06-09	Novartis 92876	Damaris A.
	AH1N1	13-05-10	Novarty 106836P1	Damaris A.
Virus de Papiloma Humano				

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 303184153

PIB
09:52:57

Bogotá DC, 18 de septiembre 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) RUBY YANETH VEGA CRUZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 23467463:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 18 de septiembre de 2026, a las 09:55:18, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	23467463
Código de Verificación	23467463260918095518

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:33:44 AM horas del 18/09/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **23467463**

Apellidos y Nombres: **VEGA CRUZ RUBY YANETH**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

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

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 18/09/2026 09:58:32 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **23467463** y Nombre: **RUBY YANETH VEGA CRUZ.**

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. **147971326** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

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

GOV.CO

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 23467463 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 18/09/2026 10:01 AM

Código Verificación: **QWX814SAFV**

Válida hasta: **18/12/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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 10:05:25 horas del 18/09/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **23467463,** Apellidos y Nombres **VEGA CRUZ RUBY YANETH**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA**, con NIT **844001287-3** 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.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

Área de Administración de Información Criminal

ENLACES DE INTERÉS

› Portal web DIJIN

› Consulta Antecedentes Judiciales

› Protección de Datos

SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES

© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **RUBY YANETH VEGA CRUZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **23467463,** se encuentra afiliado/a desde **01/05/2010** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 18 de septiembre de 2026.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Ruby Yaneth Vega Cruz, identificado(a) con CC número 23467463, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 23467463
NOMBRES Y APELLIDOS	Ruby Yaneth Vega Cruz
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	11/09/1975
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/01/2026
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/01/2026
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 23467463 RUBY YANETH VEGA CRUZ
Desde 01/01/2026 - Vigente

Generado por interfaces

18/09/2026

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	23467463
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			RUBY YANETH VEGA CRUZ VEGA CRUZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	TAURAMENA	DEPARTAMENTO:	CASANARE
DIRECCIÓN:	CALLE 7 11-44	TELÉFONO:	6257490
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades ejecutivas de la
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**6031824249**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	agosto	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	agosto
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/09/07	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		634113388

NOVEDADES

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

Planilla Pagada

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 280.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 280.200**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1	$ 218.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 218.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	$ 42.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 42.700**

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

Hospital Local de Tauramena
Empresa Social del Estado
Salud con calidad es ser.

E.S.E HOSPITAL DE TAURAMENA
844001287
PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD
CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

COD	F-EO-01-FI
VERSION	3
FECHA	19-AGT-20

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre de la empresa: HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA Entidad en Mision: HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA
Ciudad TAURAMENA - CASANARE
SECTOR EMPLEADA FECHA: 06/10/2025 HORA: 16:40

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombres: RUBY JANETH Apellidos: VEGA CRUZ Nro Hijos: 3 Edad: A050
CC: 23,467,463 Genero: Fem. CARGO: TECNICO DE PRESUPUESTO F. nacimiento: 11/09/1975
Dirección: CLLE 7 N- 11 34 Estrato: 1 Teléfono: 3107591010 ARL:
Eps: NUEVA EPS RH: B + AFP:

TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL - REHUSA Examen Medico

PRE INGRESO	☒	PERIODICO	☐	EGRESO	☐	REUBICACIÓN	☐	VALORACIÓN MEDICA	☐	CAMBIO DE CARGO	☐
BRIGADISTA	☐	POST INCAPACIDAD	☐	PRE VACACIONAL	☐	POST VACACIONAL	☐	REINTEGRO LABORAL	☐	OTRO	☐

TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL - REHUSA Examen Medico

Examen Medico Ocupacional	SI	Optometria	NO	Audiometria	NO	Espirometria	NO	Osteomuscular	NO	Cardiovascular	NO
Alturas	NO	Laboratorios	NO	Cuadro Hematico	NO	Glicemia	NO	Parcial de Orina	NO	Perfil Lipidico	NO
Alcohol en saliva	NO	Marihu. en orina	NO	Cocaina en orina	NO	Creatinina	NO	Psicologia	NO	Manip. de alimentos	NO

Otros Examenes: 1. ☐ 2. ☐ 3. ☐

DIAGNOSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
H524	PRESBICIA
R635	AUMENTO ANORMAL DE PESO
M404	OTRAS LORDOSIS
Z723	PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA FALTA DE EJERCICIO FISICO
I868	VARICES EN OTROS SITIOS ESPECIFICADOS
H612	CERUMEN IMPACTADO

EXAMEN PERIODICO

Continua en su Cargo SI ☐ NO ☐ Debe ser reubicado SI ☐ NO ☐
Se envia a su EPS para su valoración SI ☐ NO ☐ Se envia a su ARP para seguimiento de caso SI ☐ NO ☐

EXAMEN DE RETIRO

Debe ser valorado:

Enfermedad comun SI ☐ NO ☐ Estudio de E.P SI ☐ NO ☐ Estudio de A.T.E.P SI ☐ NO ☐
Ingreso al P.V.E SI ☒ NO ☐ Cúal: ERGONOMICO, VISUAL

EXAMEN REINTEGRO	
EXAMEN PRE-INGRESO	ESTÁ EN CONDICIONES PARA EJERCER EL CARGO CON PATOLOGÍA APARENTE
EXAMEN PERIODICO	
EXAMEN EGRESO	

SE AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA

APTO PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS	SI	☐	NO	☐	NO APLICA	☒
APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS	SI	☐	NO	☐	NO APLICA	☒
APTO PARA LABORAR EN ALTURAS	SI	☐	NO	☐	NO APLICA	☒
APTO PARA MANIPULAR CARGAS	SI	☐	NO	☐	NO APLICA	☒
APTO PARA TRABAJAR COMO BRIGADISTA	SI	☐	NO	☐	NO APLICA	☒
APTO PARA TRABAJAR EN EXCAVACION	SI	☐	NO	☐	NO APLICA	☒
APTO PARA TRABAJAR CON TENSION	SI	☐	NO	☐	NO APLICA	☒
APTO PARA TRABAJAR CON TENSION ELECTRICA	SI	☐	NO	☐	NO APLICA	☒
APTO PARA CONDUCIR	SI	☐	NO	☐	NO APLICA	☒

NOTA: para trabajar en alturas es necesario previa verificacion de certificacion en alturas RESOLUCION 4272 DE 2021

TIPO DE RESTRICCIONES

Tipo de restricción	Condiciones, factores, funciones o agentes de riesgo asociados	Temporal	Permanente

RECOMENDACIONES

1. Uso de EPP		2. Cambios estilo de vida				3. Capacitación	
Uso bota puntera de acero	☐	Gimnasia laboral			☒	Capacitar trabajos en alturas y/o espacios confinados	☐
Uso zapato de goma	☐	Higiene postural			☒	Inducción puesto de trabajo	☒
Uso camisa manga larga	☐	Dieta sin grasa	☒	Dieta sin azucar	☒	Pausas activas c/2h	☒
Uso de casco / confia	☐	Bajar de peso			☒	Adecuada manipulación de cargas hasta 5-10-15-20 KL	☒
Protección auditiva doble	☐	Suprimir cigarrillo			☐	S.S RX Torax	☐
Protección solar FP 100	☒	Reducir consumo de alcohol			☐	S.S RX C.L.S	☐
Uso gafas de protección	☒	Uso medidas anti varices			☐	EMG+VMC MM SS	☐
Uso protección respiratoria	☐	Control TA			☐		

Hora de Entrega 17:16

Hospital Local de Tauramena	E.S.E HOSPITAL DE TAURAMENA 844001287 PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL	COD	F-EO-01-FI
		VERSION	3
		FECHA	19-AGT-20

Utilizar ayudas ergonomicas ☐ Control periodico ocupacional ☒

OBSERVACIONES

REVISAR ESQUEMAS DE VACUNACION NO PRESENTA CARNE EN EL MOMENTO, USO DE CORRECCION OPTICA CERCANA Y EPP VISUAL, LIMPIEZA DE OIDO DERECHO, BAJAR DE PESO, EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO, POSTURAS ERGONOMICAS ADECUADAS, NO POSTURAS SEDENTES REALIZAR EJERCICIO MINIMO 3 VECES POR SEMANA ALTERNAR POSTURAS, CONTROL PERIODICO DE VISIOMETRIA, USAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGUN PERFIL DEL CARGO, CAPACITACION EN HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS RIESGO BIOMECANICO

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mi el examen medico y/o paraclinico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento.El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y proposito del examen medico y/o paraclinico(s) ocupacional(es), He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el proposito, los beneficios, la interpretacion, las limitaciones y riesgos del examen medico y/o paraclinico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoria brindada antes de la respectiva toma de pruebas. Entiendo que la realizacion de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomara Salud Ocupacional de E.S.E HOSPITAL DE TAURAMENA para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuesta dadas por mi en este(os) esten completas y son veridicas. Autorizo a Salud Ocupacional de E.S.E HOSPITAL DE TAURAMENA para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislacion vigente, la informacion registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional de E.S.E HOSPITAL DE TAURAMENA y para las situaciones Finalmente manifiesto que he leido 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.

Dra. Claudia A. Acero M
Médico Especialista en Salud Ocupacional
R.M: 85540 Lic. SST 1: 4191 Lic. SST 2: 0620

FIRMA Y SELLO MÉDICO
ACERO MONTAÑA CLAUDIA A.
REGISTRO: 46671717

Ruby Vega

TRABAJADOR: RUBY JANETH VEGA CRUZ
C.C: 23,467,463

Hora de Entrega 17